



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE BEJA**

Mestrado Educação Especial – Especialização No Domínio Cognitivo E Motor

*Autoconceito, suporte social e comportamentos de risco em  
adolescentes com deficiência mental*

Helena Maria Salgueiro Silva Lopes Sardica

Beja, 2014



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE BEJA**

Mestrado Educação Especial – Especialização No Domínio Cognitivo E Motor

*Autoconceito, suporte social e comportamentos de risco em  
adolescentes com deficiência mental*

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja  
para a obtenção do grau de Mestre.

Helena Maria Salgueiro Silva Lopes Sardica

**Orientadora:** Professora Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria

Beja, 2014

*“Amadurecer é um ato complicado... Perceber a hora de mudar é ainda mais difícil, mas não tanto se encontrarmos uma certa figura capaz de abrir os nossos olhos e mostrar que as possibilidades de vida são ilimitadas...”.*

(Autor desconhecido)

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido José, pelo seu amor, compreensão, disponibilidade, serenidade e amparo nesta caminhada que é a vida.

Agradeço, aos meus pais, pelo apoio, amor, carinho, incentivo e compreensão durante a realização deste Mestrado e em especial, na elaboração da tese, pois tal como o meu marido, nunca me deixaram desistir.

À colega de mestrado e amiga Madalena Policarpo pela sua amizade inestimável e junto de quem sempre encontro um lugar de partilha tão reconfortante.

A todos os meus amigos, que me incentivaram, esforçando-se por minimizar as minhas preocupações e apoiando-me ao longo do curso.

A todos os meus professores deste Mestrado, pelos seus ensinamentos, que se tornaram fundamentais para o meu crescimento profissional, o meu muito obrigado.

Em particular, à Professora Doutora Maria Cristina Faria que me ensinou e compreendeu todas as minhas dificuldades na realização deste trabalho, o meu agradecimento;

E por último, mas não menos importante, quero agradecer aos participantes desta pesquisa e seus responsáveis, que, através da recolha de dados, permitiram que este trabalho fosse realizado.

## RESUMO

A Adolescência é caracterizada por um rápido desenvolvimento bio-psico-social, sendo que as dificuldades na resolução do processo têm impacto para o resto da vida. Se na vida de um adolescente, dito “normal”, esta fase é caracterizada como sendo conturbada, então não será esta fase igualmente muito problemática, para os adolescentes com Necessidades Educativas Especiais (NEE)? O objetivo deste estudo é entender a contribuição da rede de suporte social e o autoconceito para a adoção de comportamentos de risco, por parte de adolescentes com deficiência mental ligeira a moderada. Na sequência da investigação-ação, pretendeu-se desenvolver e implementar um programa de competências pessoais e sociais para os jovens com necessidades educativas especiais, no sentido de promover fatores de proteção a adolescentes, e assim melhorar a sua resiliência face ao risco.

No que diz respeito à amostra selecionada para este estudo, ela é constituída por 20 alunos do Ensino Especial de Beja, com uma média de idades dos participantes de 17,05 anos.

Os nossos resultados evidenciaram algumas singularidades nas relações significativas dos fatores psicológicos por nós propostos. São de destacar que podem influenciar os comportamentos de risco, a supervisão e a comunicação parental, o sentimento de apoio pelos colegas, e o suporte social percebido, o envolvimento escolar e as expectativas futuras. Pudemos ainda verificar individualmente, áreas/competências que devem ser mais “trabalhadas”, para melhor estimular a autoestima, que terá certamente repercussões positivas nas suas atitudes, comportamentos e estilos de vida.

**Palavras-Chave:** Comportamentos de risco, suporte social, autoconceito, adolescentes e deficiência mental.

## ABSTRACT

Adolescence is characterized by a rapid bio -psycho - social development, and the difficulties in settling the case have an impact for the rest of life. If the life of a teenager, said "normal", this phase is characterized as being troubled, then is not this phase also very problematic for adolescents with special educational needs? The aim of this study is to understand the contribution of social support and self-concept for the adoption of risk behaviors among adolescents with mild to moderate mental retardation. Following the action research, we intended to develop and implement a program of personal and social skills for young people with special educational needs, to promote protective factors for adolescents, and thus improve their resilience to risk.

With regard to the sample selected for this study, it consists of 20 students from Special Education Beja, with an average age of participants of 17.05 years.

Our results show some significant relationships between singularities in psychological factors proposed by us. It is worth highlighting that may influence risk behaviors, parental supervision and communication, the feeling of support by colleagues, and perceived social support, school involvement and future expectations. Could still individually check, areas / skills that should be "worked" to encourage better self-esteem, which will certainly have a positive impact on their attitudes, behaviors and lifestyles.

**Key words:** Risk behaviors, social support, self-concept and adolescent mental disabilities

# ÍNDICE

AGRADECIMENTOS .....	I
RESUMO .....	II
ABSTRACT .....	III
INTRODUÇÃO .....	1
1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	4
1.1 A Adolescência .....	4
1.1.1 A Adolescência e os Adolescentes .....	4
1.1.2 A Formação do Autoconceito nos Adolescentes .....	6
1.1.3 Suporte Social na Adolescência .....	8
1.1.4 – Resiliência Do Adolescente .....	14
1.2 Comportamentos de Risco na Adolescência .....	15
1.2.1 Comportamentos Aditivos .....	15
1.2.2 – Sexualidade .....	21
1.2.3 – Distúrbio Alimentar .....	24
1.3 Deficiência Mental .....	28
1.3.1 Conceito de Deficiência .....	28
1.3.2 Contextualização Histórica .....	29
1.3.3 Terminologia da Deficiência Mental .....	29
1.4 - Educação Especial na Escola .....	33
2 - ESTUDO EMPÍRICO .....	36
2.1 Propósito e Delimitação do Problema .....	37
2.2 Modelo de Investigação .....	38
2.3 Objetivos da Investigação .....	39
2.4 Participantes .....	40
2.5 Instrumento .....	41
2.6 Procedimento .....	46
2.7 Apresentação e Análise Dos Dados .....	47
2.8 Discussão dos resultados .....	86
3 - PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	90

## Índice

---

3.1 Enquadramento do Projeto de Intervenção .....	90
3.2 Proposta do Projeto de Intervenção: Projeto “Eu e os Outros” .....	92
CONCLUSÃO .....	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	99
APÊNDICES .....	107
I – Pedido de Consentimento .....	107
III – Grelha do Questionário dos Comportamentos de Risco .....	109
IV – Questionários.....	111
V – Matrizes de Dados Brutos .....	121



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Terminologias da Deficiência Mental.....	30
Quadro 2: Caracterização da Amostra.....	40
Quadro 3: Hierarquia dos itens da Escala de Satisfação com o Suporte Social - ESS.....	48
Quadro 4: Hierarquia dos itens de cada dimensão da Escala de Satisf. Suporte Social.....	49
Quadro 5: Significâncias das hierarquias dos itens de cada dimensão da Escala de Satisfação com o Suporte Social.....	50
Quadro 6: Descrição dos índices das dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social.....	51
Quadro 7: Descrição dos índices das dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social Segundo o Sexo .....	51
Quadro 8: Comparação das médias dos índices das dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social segundo o Sexo .....	52
Quadro 9: Hierarquia dos itens da matriz ponderada de Autoconceito.....	53
Quadro 10: Hierarquia dos itens das dimensões “Aspeto Comportamental”, “Estatuto intelectual e escolar” e “Aparência e atributos físicos” da matriz de Autoconceito .....	55
Quadro 11: Hierarquia dos itens das dimensões “Ansiedade”, “Popularidade” e “Satisfação felicidade” da matriz ponderada de Autoconceito .....	56
Quadro 12: Significâncias das hierarquias dos itens de cada dimensão da matriz ponderada de Autoconceito .....	58
Quadro 13: Descrição dos índices das dimensões da matriz ponderada de Autoconceito ...	59
Quadro 14: Descrição dos índices das dimensões da matriz ponderada de Autoconceito segundo o Sexo .....	59
Quadro 15: Comparação das médias dos índices das dimensões da matriz ponderada de Autoconceito segundo o Sexo.....	61
Quadro 16: Consumo de Substâncias .....	63

## Índice de Quadros

---

Quadro 17: Número de ocasiões de Consumo de Substâncias em toda a vida .....	64
Quadro 18: Número de ocasiões de Consumo de Substâncias nos últimos 6 meses .....	64
Quadro 19: Razões de Consumo de Substâncias .....	65
Quadro 20: Percepção do comportamento dos amigos em relação ao Consumo de Substâncias .....	65
Quadro 21: Hierarquia dos itens de Consumo de Substâncias - ESPAD .....	66
Quadro 22: Descrição dos índices de Consumo de Substâncias segundo o Sexo .....	66
Quadro 23: Comparação das médias do índice de Consumo de Substâncias segundo o Sexo .....	67
Quadro 24: Conhecimentos/informações sobre a sexualidade .....	69
Quadro 25: Fonte das informações sobre a sexualidade .....	69
Quadro 26: Definição de sexualidade .....	69
Quadro 27: Iniciação da vida sexual .....	70
Quadro 28: Tipo de iniciação .....	70
Quadro 29: Uso de método contraceptivo .....	70
Quadro 30: Tipo de método contraceptivo .....	70
Quadro 31: Hierarquia dos itens da Escala de Comportamento Alimentar – EAT26 .....	71
Quadro 32: Hierarquia dos itens de cada dimensão da Escala de Comportamento Alimentar .....	72
Quadro 33: Significâncias das hierarquias dos itens de cada dimensão da Escala de Comportamento Alimentar .....	73
Quadro 34: Descrição dos índices das dimensões da Escala de Comportamento Alimentar .....	74
Quadro 35: Descrição dos índices das dimensões da Escala de Comp. Alimentar segundo o Sexo .....	74
Quadro 36: Comparação das médias dos índices das dimensões da Escala de Comportamento Alimentar segundo o Sexo .....	75
Quadro 37: Correlação entre os índices de Satisfação com o Suporte Social e Autoconceito	

e os comportamentos de risco do consumo de substâncias e a alimentação ....	77
Quadro 38: Relação entre as dimensões de Satisfação com o Suporte Social e Autoconceito e as Relações Sexuais (protegidas e não protegidas) .....	78
Quadro 39: Modelo Multidimensional dos índices de Satisfação com o Suporte Social, Auto-Conceito e os comportamentos de risco do consumo de substâncias e a alimentação .....	80
Quadro 40: Síntese do modelo de correspondência múltipla das dimensões de Satisfação com o Suporte Social, Autoconceito, os comportamentos de risco do consumo de substâncias, a alimentação, as relações sexuais .....	82
Quadro 41: Medidas de discriminação do modelo de correspondência múltipla .....	83
Gráfico 6: Medidas de discriminação do modelo de correspondência múltipla .....	84

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico1: Box-Plot do índice da Escala de Satisfação com o Suporte Social segundo o Sexo.....	52
Gráfico 2: Box-Plot do índice da matriz ponderada de Auto-conceito segundo o Sexo .....	61
Gráfico 3: Box-Plot do índice de Consumo de Substâncias segundo o Sexo .....	67
Gráfico 4: Box-Plot do índice da Escala de Comportamento Alimentar segundo o Sexo...	75
Gráfico 5: Modelo de Percepção Multidimensional dos índices de Satisfação com o Suporte Social, Autoconceito e os comportamentos de risco do consumo de substâncias e a alimentação .....	81



# INTRODUÇÃO

Com a atual sociedade, cada vez mais virada para o êxito profissional em detrimento de outros valores, menos tempo resta para que a convivência em família, sabendo-se quão importante é a interação entre o jovem e a família para o desenvolvimento de uma adolescência normal.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1997), é necessário ter em conta as características do seu desenvolvimento bio-psico-social, sentindo muitas vezes alterações no seu bem-estar, para uma adolescência saudável.

A adolescência surge por vezes de forma turbulenta na existência de todo o ser humano, aliado à rebeldia e ao inconformismo. Este aspeto é de particular importância, quando estamos na presença de um jovem com uma deficiência ou limitações, na medida em que é frequente a associação a uma “eterna juventude”, uma vez que as aquisições de autonomia, atribuídas à transição para a vida adulta, não são por vezes alcançadas.

Ainda segundo a OMS (1997) o contexto sócio-cultural em que se desenvolve a adolescência influencia profundamente o seu desenvolvimento e a sua própria saúde. (cit. por Lopes, 2000, p. 27)

Hoje, a família contemporânea e as funções parentais são diferentes de outrora. As alterações nas estruturas familiares não limitadas às tradicionais famílias nucleares, separações e novas relações conjugais, famílias reconstruídas ou recompostas com filhos de anteriores uniões, o próprio conceito de família também tem vindo a ser alterado. Na atualidade, o adolescente quando chega a esta etapa da sua vida, depara-se com problemas de ordem diversa, por exemplo, de natureza de integração social que embora necessários para o seu desenvolvimento e para a sua autonomia, se podem fazer sobressair situações comportamentais, ameaçadoras e perigosas para os próprios.

Efetivamente, para a OMS (1997), o adolescente apresenta um comportamento com características exploratórias experimentais, que por vezes integram alguns riscos. É assim, que muitos dos problemas de saúde que se colocam na adolescência são de origem comportamental.

É o caso, principalmente, do abuso de drogas, consumo de álcool, consequências de certos comportamentos sexuais de risco, distúrbios alimentares, dos acidentes e do suicídio.

Estudos realizados por diversos autores (Griffins, Scheiier, Borvin, Diaz & Miller, 1999; Steinberg, Dornbusch & Brown, 1999, cit. por Gaspar *et al.*, 2006) sugerem que em função

das características da supervisão e da comunicação parental, o sentimento de apoio pelos colegas e professores e o suporte social percebido, o envolvimento escolar e as expectativas futuras constituem fatores importantes no comportamento de consumo de álcool e outras substâncias, bem como na adoção de outro tipo de comportamentos disruptivos (*bullying*, dietas entre outros) no seio dos adolescentes.

Tendo em consideração tais situações potencialmente perigosos, os adolescentes necessitam por parte dos adultos, de toda a compreensão e ajuda de forma a ultrapassar essa fase e suas fragilidades e “não serem empurrados para outro mundo”, levando-os a envolver-se em grupos com comportamentos desviantes (menos adequados socialmente), transformando-se em marginais e acrescidos da adoção de comportamentos considerados de risco.

Neste sentido é fundamental dinamizar estratégias de intervenção que permitam “trabalhar” algumas competências de resiliência, pessoais e sociais, tendo em vista uma efetiva contribuição para uma diminuição do risco nos comportamentos dos adolescentes em geral, e nos adolescentes com deficiência mental.

Por se tratar de uma população com singularidades específicas, delimitámos o estudo junto duma amostra de adolescente com deficiência mental de Beja. Por outras palavras, a opção pelo estudo de adolescentes com deficiência mental ligeira a moderada, prende-se com o facto de considerarmos que estes se encontram numa fase particular de desenvolvimento e de crescimento pessoal, e que de alguma forma podem estar mais vulneráveis e serem mais facilmente “levados” a adotar comportamentos inadequados ou até de risco, situação que interessa compreender para se poder delinear estratégias ativas de intervenção como medidas preventivas para a defesa dos interesses superiores do desenvolvimento harmonioso do adolescente com deficiência mental.

Deste modo, o objetivo geral do nosso estudo é conhecer de que forma a adoção de comportamentos de risco em adolescentes com deficiência mental está relacionada com o autoconceito e o seu suporte social. Em termos específicos, pretendemos o seguinte: a) conhecer a relação entre as dimensões do suporte social e as do autoconceito do adolescente com deficiência mental ligeira a moderada; b) identificar os comportamentos de risco dos adolescentes em estudo; c) identificar a conotação (positiva ou negativa) de autoconceito nos adolescentes com deficiência mental ligeira a moderada, no contexto em estudo (Beja); d) compreender a matriz multidimensional percetiva dos comportamentos de risco com o suporte social e o autoconceito.

Para dar resposta aos objetivos de estudo, delineámos um estudo com uma abordagem quantitativa, escolhendo com instrumento privilegiado de recolha de informação, o inquérito por questionário.

O relatório do trabalho realizado é constituído por três partes distintas, mas complementares em si. A primeira remete para uma revisão de conceitos chaves (adolescência, comportamentos de risco, deficiência mental), que irão sustentar os objetivos e as perspetivas de análise por nós propostos; a segunda parte, é composta pelo estudo empírico com aplicação de várias escalas de medida, tais como a Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS (Ribeiro, 1999), a Escala de Autoconceito de «Piers-Harris Children`s self-concept scale» - PHCSCS(Piers e Hertzberg, 2002), uma adaptação do ESPAD – *European School Survey on Alcohol and Other Drugs* (CAN, 1995-2011), Escala avaliação do Comportamento Sexual (Adaptação de Brás, M. 2008; Brás, F. 2012), e EAT-26 (Versão portuguesa de Tapadinhas, 2011),e por último a terceira parte envia-nos à apresentação duma proposta de intervenção, de acordo com os resultados obtidos.

Em termos pós-textuais, apresentamos ainda a bibliografia citada e consultada, assim como os apêndices compostos por materiais produzidos no decurso do trabalho realizado.



# 1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1 A Adolescência

### 1.1.1 A Adolescência e os Adolescentes

A adolescência é um estágio ou época do ciclo de vida humana marcada por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, pulsionais, afetivas, intelectuais e sociais que são vivenciadas num determinado contexto cultural. (Monteiro & Santos, 1997). É mais do que uma fase, ou seja, é um processo com características próprias, dinâmico, de passagem entre a infância e a idade adulta. Para Monteiro & Santos (1997), só se pode afirmar que a adolescência começa com a puberdade, no entanto já não é tão fácil de afirmar quando termina. Neste sentido, a puberdade muda o corpo, a mente e os afetos da criança. Os adolescentes entram numa nova fase existencial, banhados por novas pulsões, novas sensibilidades, novas capacidades cognitivas, novas dificuldades nos seus pontos de referência (Monteiro & Santos, 1997). Segundo Duvall (citado por Sampaio, 2001), é na adolescência que o indivíduo assume uma determinada tarefa de desenvolvimento, onde tem de realizar pelo menos, quatro operações inter-relacionadas:

- Perceção de novas possibilidades para o seu comportamento a partir do que se espera dele e do que se observa nos outros, numa fase mais amadurecida do desenvolvimento;
- Formação de novos conceitos acerca de si próprio;
- Confronto com conflitos acerca de si mesmo;
- Motivação para atingir o próximo passo no desenvolvimento.

Ao nível do desenvolvimento cognitivo, segundo a perspectiva Piagetiana – que postula que as capacidades cognitivas se vão alterando, através da equilibração, progredindo para uma maior flexibilidade, grau de abstração e flexibilidade mental –, a adolescência é marcada pelo pensamento formal ou abstrato. O pensamento formal do adolescente abrange uma maior capacidade para pensar acerca de possibilidades, para antever resultados, para metapensar e para refletir sobre os pontos de vista dos outros (Sprinthall & Collins, 2003). A adolescência é considerada como um espaço/tempo onde os jovens através de momentos de maturação diversificados fazem um trabalho de reintegração do seu passado e das

ligações infantis, numa nova unidade. Esta reelaboração deverá dar capacidades para optar por valores, fazer a sua orientação sexual, escolher o caminho profissional, integrar-se socialmente. Este processo de crescimento faz-se também com retrocessos (às vezes dá vontade de voltar a ser criança), este crescer faz-se sozinho, com o melhor amigo e contra os pais, com os outros adolescentes e com outros adultos (Monteiro & Santos, 1997). Os mesmos autores referenciam que a ambivalência desta fase encontra-se relacionada com as transformações globais que ocorrem no indivíduo e que tornam este nível etário, de difícil compreensão pelos outros e pelos próprios. Assim, nesta fase coabitam desejos ambivalentes de crescer e de regredir, de se sentir ainda criança e já adulto, de autonomia e de dependência, de ligação ao passado e de vontade de se projetar no futuro.

Erikson (1976, cit. por Martins, 2005) afirmou que na adolescência coabitava uma crise – da identidade. A adolescência é percecionada como uma crise que tem por objetivo consolidar um sentido de identidade psicossocial, tendo por base todo um processo de crescimento pessoal.

Segundo Martins (2005), a construção da identidade vai ser uma tarefa crucial na adolescência, na medida em que o *eu* é chamado a operar uma recapitulação do conjunto das identificações da infância, com vista a integrá-las numa identidade que permitirá enfrentar as tarefas da vida adulta.

Deste modo, para que ocorra um processo de crescimento saudável é necessário que haja um equilíbrio apropriado, através de uma resolução positiva da crise. Esta crise de identidade é um marco bastante importante, para o adolescente, na medida em que se trata do conceito que possuímos do *eu* – a forma como nos vemos a nós mesmos e o modo como somos vistos pelos outros – constitui a base da nossa personalidade adulta. Se esse alicerce for firme e forte, dele resultará uma sólida identidade pessoal, se isso não acontecer, a consequência será aquilo a que Erikson designa de identidade difusa, o adolescente fica desprotegido face a um stress intenso e mais vulnerável ao desespero (Sprinthall & Collins, 2003).

Para Monteiro e Santos (1997), o atual período de escolaridade, na nossa sociedade, prolongou-se no tempo o que torna o adolescente familiar e socialmente dependente contudo, são-lhe exigidas, ao mesmo tempo, autonomia e responsabilidade. Esta situação reflete-se em expressões que são contraditórias e paradoxais. O mesmo adulto pode dizer ao mesmo adolescente: já não és criança, tens idade para ser responsável, ainda não tens idade para saberes o que queres. E o adolescente reconhece e sente bem esta ambivalência.

No entanto, a adolescência não deve ser encarada como uma fase perturbada na vida de um adolescente, até porque grande parte dos problemas são ultrapassados na passagem para jovem adulto.

Apesar de todos os problemas inerentes ao conceito de adolescência e das variações individuais, podemos dizer de forma genérica, que esta etapa existencial, na nossa cultura atual, abrange um período entre os 12 – 13 anos e os 18 anos, não estando o seu final claramente definido (Martins, 2005, p. 129). De acordo com Monteiro e Santos (1997), ao terminar a adolescência, o jovem tem o sentimento de individualidade e compreende o seu papel ativo na orientação da sua vida, tomando decisões e aceitando compromissos.

### **1.1.2 A Formação do Autoconceito nos Adolescentes**

O autoconceito pode definir-se como sendo a perceção que o indivíduo tem de si próprio (Peixoto 1996; Vaz Serra, 1988; cit. por Bernardo & Matos, 2003). Neste sentido, é todo o conjunto de cognições que o sujeito possui sobre si, nos diferentes contextos e tarefas com que se depara (Peixoto, 1998). Segundo Hattie (1992, cit. por Peixoto, 1998), o autoconceito “possui uma estrutura multidimensional, uma vez que o sujeito evolui em múltiplos contextos e se implica em diferentes tarefas, leva a que elabore cognições sobre os seus desempenhos nessas situações”. Neste sentido, o sujeito elabora uma ideia sobre si, sobre os outros e sobre o meio envolvente.

Segundo Hattie (1992; Serrão, 2001 cit. por Cavaco, 2003), o autoconceito é deveras importante, dado que se traduz em algo que nos distingue dos outros sujeitos, variando de indivíduo para indivíduo. Ainda segundo uma perspetiva cognitivista, o autoconceito é formado ativamente através das interações com o meio envolvente (Schunk, 1990; cit. por Senos 1996).

O carácter organizativo e estruturante do autoconceito define a necessidade de uma certa estabilidade, sendo que esta implica que os sujeitos resistam às informações que desafiam o modo como se percecionam a si próprios, procurando ativamente informações autoconfirmatórias do seu sentimento de competência, no sentido de controlar o curso das suas próprias ações, ou seja, da sua auto-estima (Senos, 1996).

De acordo com Markus e Kunda (1986, cit. por Senos, 1996), a multidimensionalidade do autoconceito corresponde a esquemas cognitivos mobilizados na presença de uma dada situação, na dependência de um autoconceito mais global e superiormente localizado na estrutura hierárquica do “self”. A mobilização deste autoconceito permitiria a estabilidade

global do “self” no tempo e, simultaneamente, a proteção do sentimento de valor próprio perante as experiências negativas ocasionais ou mais sistemáticas.

Alguns autores (Bracken, 1996; Harter, 1985; Hattie, 1992; Oosterwegel & Oopenheimer, 1993; Ruivo, 1998, cit. por Cavaco, 2004) definem o autoconceito como multidimensional, dado que este, comporta diferentes domínios do autoconceito, o que leva a crer que não existe somente um autoconceito mas vários autoconceitos, onde cada um deles tem a sua devida importância para cada sujeito.

De acordo com Sureda (2001, cit por Quiles & Espada, 2007) podemos distinguir várias áreas ou autoconceitos específicos:

- **Autoconceito académico:** é conceção que um indivíduo faz de si próprio enquanto estudante (ex: “se é suficientemente bom na disciplina...”);
- **Autoconceito social:** inclui os sentimentos de si próprio relativamente as relações interpessoais que estabelece;
- **Autoconceito pessoal e emocional:** refere-se aos sentimentos de bem-estar e satisfação, ao equilíbrio emocional, à aceitação de si mesmo e à segurança e confiança nas suas capacidades;
- **Autoconceito familiar:** remete para os próprios sentimentos enquanto membro da família;
- **Autoconceito global:** é a avaliação global de si próprio referente a todas as áreas anteriormente referidas. (“ex. em geral estou satisfeito com a pessoa que sou”)

Alguns estudos, Duffy (1988), Pender, Walker, Sechrist e Frank-Stromborg (1990), e Rentmeester e Hall (1982) mostraram haver uma associação forte entre autoconceito e estilo de vida saudável. Também Burton, Sussman, Hansen, Johnson, e Flay (1989, cit. por Ribeiro, 1994) concluíram que existia uma relação forte entre autoconceito baixo e as intenções de fumar em estudantes.

De acordo com vários autores (Marsh & Hattie, 1996; Shavelson, Hubner & Stanton, 1976; cit. por Faria, 2005), o autoconceito designado como perceções acerca de si próprio e o autoconhecimento, constroem-se sob a influência das experiências nos vários contextos de vida, normalmente na família, na escola, nos grupos de pares e no contexto desportivo, ou seja, de acordo com o seu suporte social.

Na adolescência, o pensamento passa pela abstração, contrapondo o pensamento concreto característico da infância, o adolescente efetua autodescrições mais abstratas centradas em aspetos internos e psicológicos dos comportamentos. (Harter, 1983, 1993, 1999; cit. por

Faria, 2005). Esta evolução a nível cognitivo (do concreto e observável para o abstrato e hipotético) leva a que as autodescrições realizadas pelos adolescentes sofram de distorções e enviesamentos cognitivos, implicando que o autoconceito se torne mais irrealista e por vezes, conduza a comportamentos desajustados (Harter, 1993; cit. por Faria, 2005).

Correia (1994), sublinha que o estudo do autoconceito, numa perspetiva desenvolvimentista, é importante pois permite proporcionar à criança bem-estar e sentido de valor pessoal, ajudando-a a construir uma autoimagem positiva, a identificar e a desenvolver as suas qualidades. Assim, a inclusão da criança com NEE no sistema regular de educação pode beneficiar globalmente a imagem e a avaliação que ela faz de si própria, a vários níveis (académico, social, físico e emocional), sendo importante estudar o impacto da inclusão nas várias facetas do autoconceito do aluno com NEE.

### 1.1.3 Suporte Social na Adolescência

Nos dias de hoje é consensual, que o domínio social é fundamental tanto para a saúde como para as doenças e que a dimensão apoio social é fator amortizador dos problemas e situações de tensão. O conceito de Suporte Social na perspetiva de Sarason et al (1983, cit. por Ribeiro, 1999) é definido como *“a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós”*. Segundo Cobb (1976, cit. por Ribeiro, 1999), o suporte social pode ser definido como informação que pertence a uma de três classes: informação que conduz o sujeito a acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele; informação que conduz o sujeito a acreditar que é apreciado e tem valor; informação que conduz o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas. Para Dunst e Trivette (1990, cit. por Ribeiro, 1999), o suporte social diz respeito aos recursos que se encontram disponíveis para os indivíduos como para as unidades sociais (tais como a família), como forma de resposta aos pedidos de ajuda e assistência.

De acordo com Singer e Lord (1984, cit. por Ribeiro, 1999), o suporte social pode ser informacional, emocional e material e ainda, no que concerne a quem o fornece, pode ser de ordem pessoal ou interpessoal (fornecido por amigos, familiares, conhecidos), relativamente formal (fornecido por organizações e associações tais como grupos religiosos, ou organizações não governamentais de base comunitária) ou profissional (em termos de consulta ou terapia).

Relativamente ao domínio do suporte social é consensual o seu carácter multidimensional e

ainda, que os diversos aspetos do suporte social têm um impacto diferente nos indivíduos ou grupos.

No que diz respeito às dimensões do suporte social, Weiss (1974, cit. por Ribeiro, 1999) propõe seis dimensões: intimidade, integração social, suporte afetivo, mérito, aliança e orientação.

Também Dunst e Trivette (1990, cit. por Ribeiro, 1999) apresentam as seguintes dimensões de suporte social e que são fulcrais para o bem-estar: tamanho da rede social, existência de relações sociais, frequência de contactos, necessidade de suporte, tipo e quantidade de suporte, congruência, utilização, dependência, proximidade e satisfação.

Em relação aos aspetos diferenciais do suporte social, os estudos realizados têm demonstrado que os aspetos, componentes ou dimensões do suporte social têm um impacto diferente consoante o grupo etário. Numa investigação realizada com jovens e na qual foram cruzadas várias medidas suscetíveis de avaliar diferentes dimensões de suporte social fornecidas por diversos agentes, verificou que para a população portuguesa a família é a fonte de suporte social mais importante. (Ribeiro, 1999)

### **1.1.3.1.1 A Família**

Segundo Haley (1991), lidar com a adolescência dos filhos é uma das fases críticas do ciclo vital familiar. Em pleno processo de tentativa de separação adolescente, é exigida à família uma reabertura acentuada para o exterior, uma redefinição de papéis sociais e regras e uma reconstituição, particularmente importante, das relações entre os pais e os filhos.

Podemos afirmar que existem duas funções globais e primordiais da família, que são o processo de socialização e o incentivo à individualização dos seus elementos.

No entanto, aquilo que estamos habituados a verificar sobre o papel da família junto dos adolescentes, é esta, a ajudar os indivíduos até aí dependentes, a prepararem-se para a autonomia e para assumirem os respetivos papéis adultos de carácter social, relacional, afetivo e laboral, só poderá ser desempenhado com sucesso se houver por parte dos restantes membros da família, e particularmente dos pais, uma correlativa (re) afirmação individual.

Neste sentido, *“se não se pode perceber a adolescência sem falar da sociedade e da família, não é menos verdade que não se pode compreender o que se passa na família sem pensar um pouco sobre o que acontece com o adolescente”* (Relvas, 1996, p. 149).

Bloss (1985) enfatiza a maneira como na adolescência se opera a separação entre realidades que estavam interiorizadas: a afirmação do eu, que leva o adolescente a confrontar-se com um mundo real e que se completa pela identidade sexual e o estabelecimento de relações estáveis e o afastamento da imagem dos progenitores (dando-se a rutura progressiva dos laços de ligação parentais).

De acordo com Alarcão (2000), os pais sentem-se rejeitados quando o adolescente procura os grupos de pares. No entanto, os pais e até outros adultos estão identicamente presentes e são igualmente importantes para o desenvolvimento do adolescente, principalmente ao nível da segurança.

Os pais funcionam como recursos disponíveis para o adolescente quando este é confrontado com situações de dificuldade e stresse, o que não lhes retira importância mas modifica a qualidade de uma relação de autoridade para uma relação de equidade.

Para Sampaio (1994), o papel da família na vida de um adolescente passa por estarem atentos, por mobilizar sem dirigir, apoiar nos fracassos e incentivar nos êxitos em suma, estar com eles e respeitar cada vez mais a sua individualização. Para isso, *“os pais têm sobretudo, que reaprender a ser pais de filhos que vão transformar-se em adultos”* (Alarcão, 2000, p. 172).

O uso de álcool e drogas por parte dos pais, atitudes positivas face ao uso de drogas, ou histórias de alcoolismo na família, conflitos familiares (divórcios ou separação dos pais), têm sido apontados por diferentes autores como importantes fatores de risco familiares (Hawkins e Col., 1992; Patterson e Col., 1992; Moncada, 1997, cit. por Kumpfer, 1998).

No mesmo sentido, Kumpfer (1998) salienta outros aspetos referentes à família, tais como: as práticas educativas desajustadas, os problemas de disciplina e o abuso físico.

Por outro lado, a coesão familiar, a criação de oportunidades para o envolvimento da família, a supervisão parental, o clima afetivo da família, a cordialidade nas relações parentais, os métodos de disciplina positivos, a monitorização e supervisão das atividades da criança fora de casa, são apontados como fatores de proteção para a criança.

### **1.1.3.1.2 A Família com Filhos Adolescentes com Necessidades Educativas Especiais**

A família de uma criança com necessidades educativas especiais, pode sofrer de uma intensa ansiedade e frustração, devido à enorme reestruturação familiar que a criança pode “obrigar” fazer. A notícia da chegada de um filho com necessidades educativas especiais,



conduz ao conflito de expectativas, sonhos ou aspirações dos próprios pais. Aquando da notícia, a família passa por inúmeras reações.

Desde o choque inicial (reação de confusão e incapacidade para raciocinar), passando por um período de rejeição (os pais negam aceitar a realidade), frustração, raiva e, até, depressão e desânimo (desorganização emocional). Só mais tarde é que o outro estágio parece acontecer, podem não existir apenas atitudes negativas face ao nascimento de uma criança com necessidades educativas especiais, muitos pais conseguem uma organização emocional, onde ocorre o ajustamento e a possível aceitação. (Nielsen, 1999; Correia, 1997; Botelho, 1994; Amiralia, 1986; Rey, 1980)

Nas famílias onde há uma criança com "limitações" a tensão durante esses períodos pode chegar a ser especialmente aguda.

De acordo com Mackeith (1973) citado por Powell e Ogle (1991) descreveu quatro períodos:

- Quando os pais se inteiram que o filho é "deficiente";
- Quando chega o momento de proporcionar educação à criança com NEE e há necessidade de encarar as possibilidades escolares;
- Quando a criança com NEE deixa a escola e tem necessidade de enfrentar as confusões e frustrações pessoais como todos os outros adolescentes;
- Quando os pais envelhecem e não podem dar continuidade de assumir a responsabilidade de cuidar do seu filho.

Segundo Turnbull, Summers e Brotherson (1986) durante a adolescência os pais devem tomar decisões acerca de aspetos fundamentais como a rejeição dos companheiros, emergência da sexualidade e a planificação vocacional. No final da escolaridade, e com a iniciação na vida adulta, os pais têm a responsabilidade de ajustar as suas relações recíprocas e enfrentar conjuntamente: preocupações de habitação, preocupações financeiras e oportunidades de socialização; preocupação com a segurança a longo prazo do filho, interações com as instituições que providenciam serviços, lidar com os interesses do filho no que respeita ao namoro, ao matrimónio e a ter filhos.

Posteriormente os pais têm a preocupação de fazer os ajustes necessários, transferir as responsabilidades parentais para outros subsistemas da família (nomeadamente o subsistema fraternal) ou instituições, para que o filho receba a atenção que necessita após a sua morte.

Durante a infância os irmãos fazem companhia permanente, interatuam com frequência, e



partilham os jogos, a casa e os pais e também as experiências familiares (Góngora, 1996). Durante a idade escolar começam a estabelecer relações com crianças alheias à família recorrendo às habilidades sociais aprendidas no seio familiar. Durante a adolescência, a relação fraterna passa por uma fase de ambivalência; no entanto, o adolescente recorre aos seus irmãos como confidente e conselheiro, especialmente no que se refere às relações com os amigos, uso de drogas, a sexualidade e outras inquietudes.

### **1.1.3.2 O Grupo de Pares**

Para Sampaio (1997), o papel do grupo de iguais no desenvolvimento dos jovens está relacionado com as identificações que os adolescentes fazem com os seus amigos e na filiação que o grupo fornece ao processo de independência face aos pais. O grupo de iguais é um suporte muito importante para o desenvolvimento, sendo a sua contribuição decisiva para o debate e consolidação de muitas dúvidas com que os adolescentes se confrontam.

Como refere Relvas (1996), o indivíduo necessita de um suporte securizante no exterior da família e é isso que o grupo lhe pode fornecer. Para o adolescente é importante um contexto relacional onde se possa afirmar e que o possa confirmar sem jogos de hierarquias ou "cegueiras afetivas".

Neste sentido, sendo uma força de suporte e segurança individual, esta necessidade e sentimento de pertença a um grupo, é também uma força de socialização (Fernandes, 1991, cit. por Relvas, 1996).

Nesta perspetiva (funciona de modo semelhante ao subsistema fraternal), ele permite a competição, a solidariedade, mas igualmente a definição de limites e normas, através da experimentação de diversos papéis, na vivência de certos afetos e no desenvolvimento de atitudes, valores e ideias, num processo de reorganização de acontecimentos entre o que o adolescente experimentou no passado, vive no presente e deseja no futuro (Relvas, 1996; Alarcão, 2000).

Assim, isto é compreensível, na medida em que os iguais desafiam o indivíduo no que diz respeito à sua conceção pessoal e "impessoal" do mundo, conduzem à aceitação do compromisso social e, através da experimentação de pontos de vista alternativos, permitem o treino e aquisição de conceitos como juízo moral, capacidade de tomada de decisão e de comunicação (Relvas, 1996).

A amizade é outra característica importante nos grupos de adolescentes cuja ênfase é colocada na lealdade, na fidelidade e no respeito pela confiança mútua. Ter um amigo é ter

alguém com que se possa partilhar os sentimentos e os pensamentos (Berndt & Hoyle, 1985, cit. por Relvas, 1996), certamente a razão porque as amizades têm tanta importância e ocupam tanto tempo na vida dos adolescentes.

Para Sampaio (1997), os pares são iguais, com dúvidas, energias, certezas, desafios, medos, angústia e desejos qualitativamente idênticos neste sentido, o adolescente sente-se no seu “mundo” mais confortável entre iguais, sente-se como eles, tem os mesmos problemas que eles têm.

Sousa e Hutz (2008) referem também que as pessoas com deficiência querem e precisam do mesmo que os jovens sem deficiência: de um amigo (alguém com quem falar, com quem partilhar coisas importantes); de uma certa dose de carinho (Alguém para tocar, alguém que através de um gesto diga “gosto de ti”); de aprovação (alguma mensagem de outras pessoas que lhe digam “tu és simpático”); de afeição (amor e um sentimento de que são amados, não quer dizer necessariamente sexo); de dignidade (alguma comunicação por parte de terceiros, dizendo que são pessoas de valor); de formas de “vazão” social (a fim de evitar a solidão) e de satisfação sexual (a necessidade biológica de contacto sexual e estimulação).

### 1.1.3.3 O papel da Escola no processo de socialização

Segundo o Instituto Português da Droga e Toxicodependência (1999, p. 64), a escola cumpre uma função primordial no adolescente uma vez que para além de oferecer uma educação formal, é uma instituição que possibilita o processo de socialização.

Muitas vezes o estilo educativo inapropriado como por exemplo, atitudes excessivamente rígidas, hipervalorização dos resultados em detrimento das capacidades, das competências e valores do adolescente, relações interpessoais baseadas no individualismo e na competitividade, poderão proporcionar comportamentos aditivos.

O sistema educativo deverá não só, favorecer o lado académico de todo o aluno mas primordialmente, o êxito pessoal.

O Centro Ecuatoriano de Capacitación y Formación de Educadores de la Calle, (CECAFEC), afirma que *“o que importa é que os conhecimentos que se ensinam na escola sirvam às crianças e jovens para se desenvolverem como ser íntegros, intelectual, afectiva e fisicamente...”* (1995, cit. por IPDT 1999, p. 65).

Para Braconnier e Marcelli (2000, p. 129), a escola constitui um suporte fundamental na vida do adolescente, porque este espera dela não somente uma preparação para a vida

profissional e uma aprendizagem pessoal, mas também uma possibilidade de desenvolvimento para o conjunto da sua vida e da sua personalidade.

Para Sarason et al (1985, cit. por Ribeiro, 1999), a satisfação com o suporte social disponível constitui-se como uma dimensão cognitiva que desempenha um papel fundamental na redução do mal-estar. Hohaus e Berah (1996, cit. por Ribeiro, 1999), concluíram que a satisfação com o suporte social é uma das variáveis que está associada à satisfação com a vida.

A adolescência é uma fase muito suscetível a influências positivas ou negativas, as quais terão repercussões e consequências na sua vida, dependendo dos suportes sociais em que o adolescente se refugia. Alguns adolescentes, como é o caso dos adolescentes com necessidades educativas especiais, poderão ter mais dificuldades em ultrapassar os desafios propostos, típicos da idade, especialmente quando o seu ambiente (fraco suporte social) não constitui um fator protetor/facilitador desta tarefa. (Simões et al, 2010)

### **1.1.4 – RESILIÊNCIA DO ADOLESCENTE**

Somos considerados resilientes, quando conseguimos ultrapassar com sucesso as adversidades que nos vão surgindo ao longo da vida. De acordo com Rutter (1985, 1993, cit por Yunes, 2003), um dos pioneiros no estudo da resiliência no campo da Psicologia (conceito relativamente recente), invulnerabilidade transmite-nos resistência absoluta ao stresse, acompanhada de uma característica imutável, como se fossemos intocáveis e sem limites para suportar o sofrimento. Rutter (1993) considera que invulnerabilidade é uma característica intrínseca do indivíduo, e as pesquisas mais recentes têm indicado que a resiliência ou resistência ao stresse é relativa, que os seus alicerces são tanto constitucionais como ambientais, e que o grau de resistência não é fixo, varia de acordo com as circunstâncias (Rutter, 1985 cit por Yunes, 2003). Nas crianças e adolescentes ser resiliente, envolve a capacidade de ultrapassar fatores de risco aos quais elas estão expostas, tais como problemas de comportamento, emocionais ou dificuldades académicas. (Hauser et al., 1985 cit por Simões et al, 2010)

Alguns adolescentes, como é o caso dos adolescentes com necessidades educativas especiais, poderão ter mais dificuldades em ultrapassar os desafios propostos, típicos da idade, especialmente quando o seu ambiente (fraco suporte social) não constitui um fator protetor/facilitador desta tarefa. (Simões et al, 2010)

## 1.2 Comportamentos de Risco na Adolescência

As razões para a adoção de comportamentos de risco são variadas: a supervisão e a comunicação parental, o sentimento de apoio pelos colegas e professores, e o suporte social percebido, o envolvimento escolar e as expectativas futuras são fatores importantes no comportamento de consumo de álcool e outras substâncias (Griffins, Scheiier, Borvin, Diaz & Miller, 1999; Steinberg, Dornbusch & Brown, 1999, cit. por Gaspar *et al.*, 2006), bem com na adoção de outro tipo de comportamentos disruptivos (bulling, dietas entre outros).

A tudo isto acresce o fato da escola refletir a sociedade que temos, quando esta apresenta padrões de elevada competitividade que se crê poderem levar o aluno a fazer depender o seu autoconceito e a sua realização pessoal do nível de sucesso escolar atingido (Gonçalves, 2002).

Ora, perante o facto de muitos alunos não alcançarem os patamares de sucesso compatíveis com as expectativas que, no essencial, lhes são impostas de fora, teme-se que uma baixa perceção do rendimento escolar possa induzir a concepções de si próprio negativas, que por sua vez, geram ansiedade possibilitam opções por estilos de vida pouco saudáveis (Gonçalves, 2002).

### 1.2.1 Comportamentos Aditivos

O uso de drogas é um fenómeno bastante antigo na história da humanidade e constitui um grave problema de saúde pública com sérias consequências pessoais e sociais no futuro dos jovens e de toda a sociedade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1997), *“As drogas são consumidas em idades cada vez mais jovens e um número progressivamente maior de pessoas experimenta drogas que produzem dependência”*.

Segundo Rosa e Gomes (2000), a droga é tudo aquilo que fumado, inalado, engolido ou injetado, provoca alterações psíquicas, sentidas como agradáveis, mas que cria com a pessoa uma relação em que esta se sente cada vez mais ligada à droga e cada vez menos capaz de se interessar e sentir prazer nas coisas normais da vida.

Em suma, provoca alterações a nível do funcionamento do Sistema Nervoso Central, sendo que essas alterações diferem consoante o tipo de substância, podendo ser drogas

depressoras, estimulantes, perturbadoras ou alucinogéneas (Hapetian, I., 1997;cit por Rosa & Gomes 2000).

De seguida referimos, a definição e alguns exemplos destas substâncias:

- a) **As drogas depressoras:** Estas substâncias tornam mais lento o funcionamento do Sistema Nervoso Central. Produzem sensações de calma, sonolência e bem-estar tomadas em pequenas quantidades, se forem tomadas em excesso, podem provocar intoxicações graves, perdas de consciência, ou mesmo paragens cardíacas e respiratórias que podem conduzir à morte. Exemplos deste tipo de drogas são: o álcool, o analgésico opiáceo (p.e. morfina), os ansiolíticos, os hipnóticos não barbitúrios e os hipnóticos barbitúrios.
- b) **As drogas estimulantes:** o seu consumo em excesso provoca dois efeitos específicos: - em primeiro lugar, facilita o dispêndio de energia ao nível dos neurónios. Sob o efeito dos estimulantes tornamo-nos mais ativos, a concentração e a capacidade de raciocínio aumentam. Em segundo lugar, os estimulantes cortam o apetite, continuando a propiciar o aumento de energia. Como exemplo, nomeamos as anfetaminas, o álcool, a cocaína, o crack a cafeína e a nicotina.
- c) **As drogas perturbadoras:** Estas drogas provocam os efeitos das drogas depressoras e dos estimulantes, em alternância ou simultaneamente. Estas quando consumidas pela primeira vez, comportam-se como depressoras e abrandam a comunicação das células cerebrais, quando consumidas uma segunda vez, comportam-se como estimulantes obtendo um efeito contrário. Exemplos disto são a cannabis, os alucinogéneos, as ciclo-hexilaminas (PCP ou “Pó de anjo”) e os solventes voláteis e inalantes (Hapetian, I., 1997 cit por Rosa & Gomes 2000).

Estas criam com as pessoas uma forte ligação, que implica uma diminuição da capacidade de interesse e de sentir prazer pelas coisas normais da vida (Rosa & Gomes 2000).

As drogas podem classificar-se de diferentes formas, podendo basear-se em aspetos legais, em efeitos, potência, origem ou em outros critérios.

Relativamente à perspetiva legal, podemos classificá-las em lícitas, das quais se salientam o álcool, tabaco e a cafeína cujos consumos moderados são socialmente aceites, uma vez

que estão enraizados nas nossas tradições, nos nossos rituais de convivência social. Por seu turno, classificamos como ilícitas, o haxixe, as pastilhas, a heroína e a cocaína, cujos riscos associados às mesmas são muitas vezes desprezados (Silva, 2004).

Segundo Hapetian (1997 cit por Rosa & Gomes 2000), iremos introduzir alguns conhecimentos específicos sobre as principais substâncias que serão objeto de estudo da nossa investigação:

- **Álcool:** É uma droga socialmente aceite e a mais conhecida. O álcool é um desinibidor e depressor. Os consumidores habituais podem vir a desenvolver vários problemas como a cirrose hepática, cancro, psicose e danos cerebrais.
- **Heroína (Cavalo, Pó, Heroa, Castanha, H...):** A heroína de rua aparece sob a forma de um pó castanho que pode ser consumido de diferentes formas, tais como, fumada, sniffada, ou injetada. A heroína é um opiáceo, (derivado do ópio) considerado um analgésico muito potente.
- **Anfetaminas (Speed, Cristal, Anfes...):** Este tipo de substância é um estimulante que permite ao seu utilizador ficar desperto, com mais energia. Depois de passar toda esta energia, vem o “reverso da medalha”, a fadiga, apatia e depressão. Vende-se habitualmente sob a forma de pó branco e cristalino (ocasionalmente com uma coloração rosa ou amarela).
- **Ecstasy (MDMA, Pastilhas, Rodinhas...):** O ecstasy é uma droga com efeitos estimulantes bem como psicadélicos. Atua através do aumento da produção e diminuição da reabsorção da serotonina, por sua vez a serotonina parece afetar a disposição, o apetite e o sistema que regula a temperatura corporal. As pessoas consomem ecstasy para se sentirem eufóricas, energéticas, que lhes permite dançar durante horas.
- **Cocaína (Coca, Branca, Gulosa...):** A cocaína extraída da folha da coca apresenta-se sob a forma de pó branco e cristalino. A cocaína é uma droga que apesar de não provocar dependência física como a heroína, provoca um forte desejo de a consumir por esse motivo e que a designam de gulosa.

- **Crack:** É uma mistura de cocaína, bicarbonato de sódio ou amoníaco e água. É uma forma barata de cocaína, mas mais violenta para o organismo, provoca sensações de euforia, alterações da capacidade mental, bem-estar e efeitos afrodisíacos, quando tomado em excesso proporciona grande agitação, ansiedade, paranóia e alucinações.
- **Cannabis (Haxixe, Charro, Ganza, Liamba, Erva, Marijuana...):** É obtida a partir de um arbusto chamado *cannabis sativa*, o haxixe é a resina extraída da planta e comprimida em blocos ou “tabletes” enquanto a Marijuana, sob a forma de erva, é uma mistura leve da planta depois de seca. Alguns acham que esta substância é relaxante e social, é uma droga que realça a percepção dos sons e das cores, cria uma boa disposição e loquacidade.
- **LSD (Ácidos, Trips...):** São substâncias de origem sintética, é geralmente vendido sob a forma de pequenos quadrados de papel mata-borrão, previamente embebidos numa solução de droga. Atua essencialmente a nível das sensações, sobretudo alucinações auditivas e visuais, alterando a percepção total da realidade.
- **Cogumelos Mágicos:** Estes cogumelos contêm um químico, a psilocibina, semelhante ao LSD.
- **Poppers (Rush, Liquid Gold...):** O nitrato de Amyl/Butyl encontra-se, normalmente, numa garrafa pequena, os vapores são inalados, produzindo uma agitação que leva os consumidores a rir histericamente.
- **Ketamina:** Esta substância apresenta-se sob a forma de pó branco ou de um líquido. É um potente anestésico administrado a animais, sendo que se encontra sob a forma de tablete e às vezes é vendida como ecstasy. A Ketamina produz sensações de não pertença ao corpo, alucinações.
- **GHB (Ecstasy líquido, easy date, fantasy...):** Tal como o Ketamina também este é um analgésico, é um líquido incolor e sem cheiro, com um sabor um pouco salgado. Em doses pequenas tem um efeito semelhante ao do álcool, em doses

maiores, causa sonolência, enjoos, rigidez muscular, desorientação, convulsões, problemas respiratórios ou mesmo coma.

- **Os solventes Voláteis e Inalantes:** São substâncias de origem sintética, cujo vapor tem efeitos tóxicos. Destacamos para esta categoria as colas, a benzina, a acetona, o éter. Estas drogas provocam efeitos muito idênticos aos do álcool e anestésicos.

Toda a investigação realizada no âmbito desta temática aponta para a existência de cada vez mais comportamentos aditivos e numa faixa etária cada vez mais jovem nomeadamente, com grande frequência na adolescência. Segundo a Organização Mundial de Saúde (1997), *“As drogas são consumidas em idades cada vez mais jovens e um número progressivamente maior de pessoas experimenta drogas que produzem dependência”*.

Perante o consumo de droga nos jovens, Figueiredo (2002, cit. por Deus & Silva, 2005) diferencia o consumidor de substâncias aditivas em: a) **experimental**, consome devido à curiosidade, à influência de amigos ou por motivos contestatários; b) **esporádico**, consome normalmente com a finalidade de socialização ou recreação; c) **habitual**, que em geral está ligado a motivações de uso cultural, do círculo social, ou de faixas etárias onde o uso recreativo tem uma constância maior; d) **abusivo**, quando inicia um consumo intenso da substância, mas mantendo-se vinculado ao círculo social e tendo um controlo mínimo do uso e do seu estado psíquico; e) **dependente**, quando a substância e o seu uso passam a ocupar um espaço principal na vida do indivíduo, normalmente fazendo com que perca o interesse pelos aspetos sociais, com uma falta de motivação psicológica para outras situações não ligadas ao consumo ou obtenção da droga.

Neste sentido, o uso de drogas é um fenómeno multidimensional, que pode acontecer durante a adolescência, quando também podem surgir outros transtornos psicológicos, comportamentais e sociais.

Segundo Rosa e Gomes (2000), as motivações que levam os jovens atualmente a consumir são hoje, pouco ou nada intelectualizadas mas, puras e simplesmente, hedonistas e “escapistas” (isto porque buscam o prazer como a sua única finalidade na vida): para não se aborrecer; para se sentir melhor; para facilitar a comunicação, para a rejeição da sociedade, aparecendo como uma experiência e mística.

De uma maneira geral, o adolescente possui um sentimento de onipotência, de forma que, para ele tudo é possível, tudo é permitido, ele gosta de desportos perigosos e de tudo o



que representa risco, além de gostar de desafiar as autoridades (pais, avós, chefes e professores). É justamente nesta fase, que ele pode experimentar drogas por curiosidade, para infringir normas preestabelecidas ou por outros fatores bio-psico-sociais, poderá dependendo do caso, passar de experimentador para consumidor ocasional ou habitual. Deve-se levar em conta, que no período de adolescência existem quatro fatores de risco, que podem levar ao consumo de drogas: a família, a escola, os amigos (grupo de pares, a turma) e a comunidade.

De acordo com o Projeto Vida (1999), deve-se levar em conta que no período de adolescência existem quatro fatores de risco, que podem levar ao consumo de drogas, que constituem fatores de fragilidade ligados a acontecimentos negativos na vida dos indivíduos: a família, a escola, os amigos (grupo de pares, a turma) e a comunidade.

Por outro lado é necessário não esquecer que existem os fatores de proteção, observáveis em indivíduos que não apresentam os mesmos comportamentos quando sujeitos a idênticas situações de risco.

A **nível individual**, podem-se considerar como fatores de risco os seguintes:

- a) Insucesso escolar e abandono precoce da escola
- b) Comportamentos violentos e antissociais com início na infância, nomeadamente, persistência de atitudes contra a lei e a ordem
- c) Experimentação de drogas em idade precoce
- d) Pouca resistência à pressão do grupo e frequência sistemática de grupos juvenis
- e) Baixa auto-estima

A **nível familiar** os fatores de risco mais relevantes são os seguintes:

- a) Estatuto socioeconómico familiar muito precário
- b) Famílias desagregadas ou em rutura, com grande dificuldade de comunicação
- c) Ausência de suporte emocional por parte dos adultos em relação à criança
- d) Expectativas irrealistas face ao desempenho dos mais novos

A **nível escolar**, os fatores mais importantes são:

- a) Más instalações de ensino, devido à falta de instalações desportivas e de lazer
- b) Escolas com mau clima escolar, nomeadamente, ausência de regras e conflitos permanentes

- c) Pouca participação estudantil.
- d) Relativamente, a fatores de proteção, salientam-se os seguintes:
- e) Boa auto-estima, crença de autoeficácia, capacidade de resolução de problemas, competências de relacionamento interpessoal e expectativas de sucesso realistas
- f) Famílias com intimidade, envolvimento afetivo, bons padrões de comunicação e famílias sem histórias de consumos
- g) Escolas promotoras do envolvimento dos alunos em atividades, bem como capazes de valorizar as diversas competências dos seus alunos
- h) Comunidades ativas nos programas de prevenção, fomentando a discussão do problema e a utilização de estratégias para o resolver.

De acordo com Fuller e Cavanaugh (1995, cit. por Deus & Silva, 2005), mencionaram os fatores de risco que têm grande importância para o abuso de drogas: fatores familiares (história familiar de alcoolismo ou uso de drogas, permissividade ou autoritarismo, conflitos familiares), problemas comportamentais (comportamento antissocial, negativismo, baixa adaptabilidade, impulsividade, agressividade), fatores escolares (repetência precoce), amigos que usam drogas, história de abuso sexual e fatores sociais (fácil acesso à drogas).

Os adolescentes recorrem às drogas quando surgem os problemas, mas quando passa o efeito, o conflito ainda existe acrescido de mais um: o próprio envolvimento com a droga. A onipotência juvenil, acreditando que nada vai acontecer, faz com que ele abuse de tudo. Existem ainda outros motivos que podem levar o jovem a procurar as drogas como o ser aceite pelo grupo que as usa; mudar a sua maneira de ser pois não se aceita; para acabar com a solidão ao preencher o tempo; por relações familiares conflituosas; na tentativa de ultrapassar as elevadas expectativas que pais, amigos ou escola depositaram nele, vencer os próprios limites e busca do prazer.

Todos estamos sujeito às influências que nos rodeiam e é natural a existência de pressão para experimentar, sendo na adolescência a fase de maior pressão.

### **1.2.2 – Sexualidade**

De acordo com a literatura, o desenvolvimento da sexualidade processa-se de forma idêntica quer no adolescente com ou sem deficiência, embora sejam atribuídas representações distintas nos dois grupos.

A sexualidade é um dos aspetos essenciais para o equilíbrio psicossomático e o desenvolvimento integral do ser humano. (Almeida, 2010)

A todo o adolescente é colocada a questão: quem ele é? Dúvidas intelectuais que são colocadas face às diversas escolhas da vida, é então traçado o caminho pela “busca da identidade”.

A adolescência é um período da vida, que devido à puberdade, as proporções corporais e a imagem de si próprio mudam drasticamente. Todas as alterações biológicas nesta etapa, resultam do despertar do “relógio endócrino”, ou seja, do despertar de um centro sexual (a libido) de localização desconhecida. Já um pouco antes da adolescência, o hipotálamo, a hipófise e gónadas encontram-se em funcionamento, para proporcionar este despertar.

Na atualidade, o tempo do namoro tornou-se um arcaísmo, e ao namoro juntou-se o tempo da “curtição”, do “andar”, adotado desde as idades mais precoces. A significação desta nova etapa de casal, implica somente uma ligação menos vinculada ao parceiro.

Podemos também verificar que a revolução sexual na população adolescente provocou duas alterações que parece estarem provadas: a redução da idade em que os jovens iniciam as relações sexuais e a promiscuidade daquelas. Isto, por sua vez, teve, pelo menos entre os adolescentes, três outras consequências imediatas: o aumento do número de gravidezes, na ausência, a má utilização ou, mais raramente, a falha do método contraceutivo; o aumento do número de abortos e o aumento das doenças transmitidas sexualmente. (Almeida, 1987)

A maioria das jovens “foram ensinadas a pensar que a atividade sexual antes do casamento está errada e, assim, não tencionam exercê-la, até que, inesperadamente, um dia, ela acontece. E quando acontece, o mais confortável é pensarem que foi uma daquelas coisas que acontecem, em que elas tiveram um papel passivo e não responsável. Tomar medidas anticoncepcionais à distância, ou usar um método diariamente, seria admitir que são sexuadas e que tencionam iniciar a sua vida sexual”. (Almeida, 1987)

As interrogações acerca da sexualidade surgem na criança desde de muito antes da idade escolar, quando tomam consciência da diferenças entre menino e menina. Competiria aos pais a iniciativa das primeiras conversas. A sua posição é ingrata, porque eles próprios não estão minimamente, preparados para isso, acaba por ser difícil encontrar as palavras/discurso acertados.

De acordo com Almeida (1987), o ensino sobre a sexualidade não deve de começar muito cedo, porque isso pode levar as crianças a encararem a esfera sexual de uma forma excessivamente racional e fisiológica – o que lhes provocaria, mais tarde, como adultos,

uma atitude materialista perante a sexualidade. Por outro lado, o ensino enquanto muito novos, devido às naturais barreiras de verbalização e de compreensão, corre o risco de levar a criança a fazer associações grosseiras, que não tem nada a ver com a realidade. Por isso, o ensino nesta idade terá de ser muito simples e muito atento ao aparecimento destes erros, que devem ser imediatamente desfeitos.

*“Na realidade, as crianças precisam e querem saber mais. Querem conhecer a genitalidade antes e durante a puberdade; o mecanismo e a sequência do aparecimento dos sinais sexuais secundários; os processos íntimos que levam à menstruação e à ejaculação; os meios de contraceção; o aborto; o fenómeno social que é a prostituição; a epidemiologia e a clínica das doenças de transmissão sexual; e, finalmente, os mecanismos do prazer e a historia natural das relações sexuais.”* (Almeida, 1987)

De acordo com Almeida (1987), os pais são pela ordem natural das coisas e cronologicamente, os primeiros educadores. Deste modo, eles mesmo terão um papel fundamental para o desenvolvimento sexual dos seus educando, terão de saber ouvir com a garantia de total sigilo; saber ultrapassar o seu próprio constrangimento; têm de ter conhecimentos corretos e atuais sobre o assunto em questão; serem capazes de nunca abdicar de empatia, de sinceridade e de honestidade; serem capazes de ultrapassar a barreira geracional; serem capazes de autocritica e de elasticidade perante os valores adquiridos numa sociedade em rápida evolução; saberem respeitar o jovem e também fazerem-se respeitar e nunca deixarem transparecer o menor sinal de troça; saberem desenvolver no jovem sentimentos de confiança e de amor-próprio; nunca fecharem o diálogo, de modo a que possa ser retomado à medida que a criança vai descobrindo o seu próprio sexo.

*“Um dos aspetos que desperta mais interesse, por ser causa de grande ansiedade entre os jovens, é o das relações sexuais precoces. Aí, as reuniões de rapazes e raparigas têm um valor inultrapassável. Delas nasce, pouco a pouco um espírito de colaboração amigável e saudável; a destruição de mitos e fantasias acerca do sexo oposto; e uma maior sinceridade na análise sem disfarce do próprio comportamento nos encontros e nos namoros. São então examinados e discutidos os passos que vão do entrelaçar das mãos, aos beijos, às carícias mais profundas, às repercussões sobre o auto domínio e, por fim, às relações sexuais. As raparigas, na presença de outras raparigas, mais facilmente descobrirão a constante necessidade que as habita de viverem romances de amor e de provarem a si próprias e às outras que têm “sex-appeal”, percebendo assim que esta*

*necessidade é fruto de carências várias e de falta de confiança em si próprias, e que este estado de espírito as torna fáceis presas dos rapazes. Por sua vez os rapazes, confrontados entre si, compreenderão que o que os leva a tentar possuir as raparigas é também fruto de insegurança: necessidade de provarem a si próprios e aos outros a sua virilidade.”* (Almeida, 1987)

De acordo com Almeida (2010) os jovens com deficiência mental excecionalmente são ouvidos a respeito dos seus anseios, desejos, dúvidas e experiências em relação à vida afetiva e sexual. Verifica-se, igualmente, que possuem conhecimentos precários a respeito da sua sexualidade, pois não lhes é fornecida educação sexual suficiente e ajustada.

### 1.2.3 – Distúrbio Alimentar

Segundo Eisenstein (1998 cit por Pinto, 2011) desde os primeiros momentos da vida, a alimentação está entrelaçada com emoções, simbolismo e influências culturais. Crescer e alimentar-se implica estabelecer relações, fazer escolhas, identificar-se ou não com modelos e valores familiares ou de outros, conviver com hábitos, horários e diversos estilos de vida diferentes do seu. Comer demais ou não comer pode significar formas inconscientes de satisfazer faltas, recusar controlos externos ou estar na moda; comer fora de casa, pode ser vista como uma nova oportunidade de criar amizades, mas também novos padrões alimentares, nomeadamente através da “fast food”.

A dieta dos adolescentes caracteriza-se pela preferência por produtos alimentícios com inadequado valor nutricional, ou seja, aqueles com elevado teor de gordura saturada e colesterol, além de grande quantidade de sal e açúcar. Os adolescentes tendem a viver o momento atual, não dando importância às consequências dos seus hábitos alimentares, que podem ser prejudiciais. Porém, os hábitos alimentares inadequados na infância e adolescência podem ser fatores de risco para doenças crónicas e obesidade. (Pinto, 2011)

Segundo Gonçalves *et al* (2013) o comportamento alimentar define-se como sendo “respostas comportamentais ou sequenciais associadas ao ato de alimentar-se, maneira ou modos de se alimentar, padrões rítmicos da alimentação”. De acordo com os mesmos autores, esse tipo de comportamento é influenciado por condições sociais, demográficas e culturais, pela perceção individual e dos alimentos, por experiências prévias e pelo estado nutricional.

A adolescência é, por excelência, um período de emergência da insatisfação com a imagem corporal, as dietas e os problemas alimentares (Rosen & Gross, 1987, citado por

Lieberman, Gauvin, Bukowski, & White, 2001). O distúrbio alimentar precoce e a preocupação com o peso são, naturalmente, aspetos a ter em consideração na medida em que podem conduzir ao desenvolvimento de uma futura Perturbação do Comportamento Alimentar.

As perturbações de comportamento alimentar tomam proporções exageradas de preocupação dietética, quer no sentido de excesso – bulimia, quer no sentido contrário, insuficiência – anorexia, em que o adolescente em particular, leva a cabo regimes alimentares muito particulares. (Braconnier, 2003)

O bulímico tal como o anorético sentem um grande medo de ganhar peso e frequentemente tem uma visão distorcida do próprio corpo. Os bulímicos tendem a restringir sua ingestão alimentar, porém, após certo tempo seguindo uma dieta restritiva, perdem o controlo e têm episódios de compulsão alimentar. Após a compulsão, o bulímico procura compensar a alta ingestão calórica, através da provocação do vômito, para não engordar.

Nos episódios de compulsão alimentar, apesar do tipo de alimentos ingeridos variar, estes incluem essencialmente, doces, alimentos de alto teor calórico como gelados e bolos.

Estes episódios caracterizam-se pela anormalidade da quantidade de comida consumida, do que pelo desejo intenso de um nutriente específico, com hidratos de carbono. (DSM IV-TR, 2002)

As pessoas com Bulimia Nervosa sentem-se tipicamente envergonhadas pelos seus problemas alimentares e tentam ocultar os seus sintomas, a ingestão compulsiva é feita em segredo. Essa ingestão é feita até a pessoa sentir desconforto ou até mesmo sentir-se dolorosamente cheia.

O episódio é tipicamente, precipitado por estados de humor disfóricos, acontecimentos interpessoais stressantes, fome intensa após restrição alimentar ou sentimentos associados ao peso corporal. O episódio pode reduzir a disforia, mas a autocrítica depreciativa e o humor depressivo costumam seguir-se-lhe. (DSM IV-TR, 2002)

Quanto à anorexia, caracterizada por uma recusa alimentar, que se traduz num medo intenso de ganhar peso e da significativa perturbação da percepção do tamanho e de formas corporais, que leva a um abatimento da pessoa.

Chegou ao final do século XX, após diversas concepções, como síndrome específica com características clínicas distintas, que se manifestam de maneira semelhante nas diferentes pessoas em todo o mundo. Os critérios que a caracterizam são os seguintes: comportamentos visando a perda de peso e sua manutenção abaixo do normal; medo de

engordar; distúrbio de imagem corporal e distúrbio endócrino (ex. amenorreia).

Sugere-se que a pessoa com menos de 85% do peso considerado normal para idade e altura, seja considerada com peso abaixo do mínimo normal. (DSM IV-TR, 2002)

Apesar de algumas pessoas começarem por excluir do seu regime alimentar aquilo que consideram ser alimentos de grande teor calórico, muitas terminam com uma dieta muito restritiva, que se limita a poucos alimentos. Adicionalmente, à restrição alimentar inclui métodos purgativos (nomeadamente, vômitos ou abuso de laxantes ou diuréticos) e aumento ou excesso de exercício físico.

Nestas pessoas a experiência e significado de peso e formas corporais são distorcidas.

A autoestima das pessoas com Anorexia Nervosa depende muito do seu peso e formas corporais. A perda de peso é vista como uma aquisição admirável e sinal de uma extraordinária autodisciplina, contrariamente ao seu aumento, que remete para um falhanço inaceitável do autocontrolo. (DSM IV-TR, 2002)

Outras características associadas à Anorexia Nervosa, prendem-se com a preocupação de comer em público, sentimentos de incapacidade, necessidade forte de controlar aquilo que rodeia a pessoa, pensamento inflexível, espontaneidade social diminuída, perfeccionismo e uma enorme restrição da iniciativa e da expressão emocional. (DSM IV-TR, 2002)

Diversas investigações têm-se focado no papel do contexto familiar, do grupo de pares e dos media na imagem corporal e comportamento alimentar do adolescente (McCabe & Ricciardelli, 2003).

A pressão sociocultural para a magreza das várias fontes está relacionada com a patologia alimentar, visto promover a internalização de um ideal de magreza, a insatisfação com a imagem corporal, a prática de restrições e o distúrbio emocional (Stice, 2001).

A relação de pares e a pressão exercida pelos pares torna-se mais saliente na adolescência (Sullivan, 1953, citado por Lieberman, Gauvin, Bukowski, & White, 2001), e é, portanto, natural considerar que os pares tenham um papel determinante no comportamento alimentar e na insatisfação com a imagem corporal, especialmente em contextos onde o peso e a aparência são valorizados (Lieberman *et al.*, 2001).

O ser gozado pelo grupo de pares está associado à insatisfação com a imagem corporal (Levine, Smolak, & Hayden, 1994, citado por Vincent & McCabe, 2000) e comportamento alimentar perturbado especialmente nas raparigas (Fulkerson, McGuire, Neumark-Sztainer, Falkner, Perry, Hannan, & Mulert, 2002; Lieberman, Gauvin, Bukowski, & White, 2001; Vincent & McCabe, 2000). Rieves e Cash (1996, citado por Schwartz, Phares, Tantleff-

Dunn, & Thompson, 1997) verificaram que os elementos do grupo de pares são geralmente aqueles que mais gozam com os adolescentes.

É amplamente estudada a influência das atitudes, crenças sobre a alimentação, peso e forma física dos pais (através de modelagem ou de transmissão direta) no comportamento alimentar e nas preocupações com a imagem corporal dos adolescentes. (Steinberg & Phares, 2001)

Estudos demonstram que a influência materna tende a ser superior, quando estas criticam diretamente as filhas do que quando constituem simplesmente modelos de preocupação com o peso e a alimentação (Ogden & Steward, 2000, citado por Steinberg & Phares, 2001). O gozo por parte dos pais e o encorajamento para perder peso está relacionado com a insatisfação com a imagem corporal, assim como o comportamento alimentar perturbado, nos adolescentes. (Levine, Smolak, & Hayden, 1994, citado por Vincent & McCabe, 2000).

Os comentários dos pais sobre o peso, a alimentação e a forma física, num estudo com jovens adultas, independentemente do seu sentido positivo ou negativo, aumentam a pressão para a magreza, enquanto nos rapazes somente os comentários negativos estão relacionados com a insatisfação com a imagem corporal (Rodgers, Paxton, & Chabrol, 2009).

A imagem pessoal em parte está relacionada com a perceção que temos do nosso corpo. Nos adolescentes o corpo é um agente de extrema relevância para a sua autoestima, que terá repercussões nas suas atitudes, comportamentos e estilos de vida.



## **1.3 Deficiência Mental**

### **1.3.1 Conceito de Deficiência**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, em 1980, uma versão experimental da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH), na qual o conceito de deficiência é definido da seguinte forma: “no domínio da saúde, deficiência representa qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica”.

A deficiência causa incapacidade no desempenho funcional do indivíduo. Assim, a OMS define “incapacidade” como “a redução ou falta de capacidades para uma atividade, de forma ou dentro dos limites considerados normais para o ser humano” (OMS, 1980). Por sua vez, a incapacidade causa uma desvantagem no indivíduo, a qual é suscetível de ser minorada, no que concerne às suas relações com o meio social e físico, utilizando o recurso aos meios adequados. A OMS define desvantagem como um “...impedimento sofrido por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade que lhe limita ou impede o desempenho de uma atividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em atenção a idade, o sexo e os fatores sócio-culturais”. (OMS, 1980)

A Lei da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Lei n.º 9/89, de 2 de Maio) define, no seu artigo 2º, ponto um, a pessoa com deficiência como “aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatômica suscetível de provocar restrições de capacidade, pode estar considerada em situações de desvantagem para o exercício de atividades consideradas normais tendo em conta a idade, o sexo e os fatores socioculturais dominantes”.

No âmbito da educação, o termo deficiência tem vindo a ser gradualmente substituído pelo conceito de “Necessidades Educativas Especiais”. Brennan (1990, in Vieira & Pereira, 2007) define NEE: “Há uma necessidade educativa especial quando uma deficiência (física, sensorial, intelectual, emocional, social ou qualquer combinação desta) afeta a aprendizagem até ao ponto de serem necessários alguns ou todos os acessos especiais ao currículo.

### 1.3.2 Contextualização Histórica

A deficiência mental é difícil de dissociar do conceito de inteligência, a sua definição já vem do século XX, cuja explicação baseia-se na atividade intelectual do ser humano, que seria menor que a média estatística das pessoas, ditas “normais” e, particularmente, em relação à incapacidade no comportamento adaptativo ao mundo que os rodeia.

A aceitação social das pessoas com deficiência sempre foi tida com muito preconceito independentemente da cultura associada ou espaço temporal.

De acordo com Vieira e Pereira (2007) os modelos económicos, sociais e culturais, impuseram às pessoas com deficiência mental, ao longo destes últimos séculos, uma inadaptação social geradora de ignorância, preconceitos e tabus, no qual alimentaram mitos populares da perigosidade dessas mesmas pessoas e do seu carácter demoníaco, determinando atitudes de rejeição, medo e vergonha. Desta forma, durante muito tempo o direito pela diferença não existiu, permitindo que a sociedade continuasse a exercer poder na escolha dos seus elementos, colocando de parte as pessoas portadoras de deficiência mental.

Na segunda metade do século XX, emerge uma sociedade mais consciente e humanista que valoriza alguns conceitos como: solidariedade, justiça social, igualdade de oportunidades, direito à diferença. (idem)

Neste seguimento, surgiram legislações que conferiram ao ser Humano, mesmo com deficiência, a universalidade de direitos, através da Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial de Saúde (OMS), United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)

### 1.3.3 Terminologia da Deficiência Mental

Outrora, a pessoa com deficiência mental era retratada como idiota, imbecil ou anormal. Com o passar do tempo esta ideologia foi-se desvanecendo e passou a dar ênfase à normalização.

No quadro seguinte podemos verificar algumas das terminologias que passaram pela história da deficiência mental.

*Quadro 1: Terminologias da Deficiência Mental*

Grave	Moderada	Ligeira
<u><b>Idiota</b></u> Savchenko (1980) Lipkowski (1971) Pevzner (1973) Takahashi(1973)	<u><b>Imbecil</b></u> Savchenko (1980) Lipkowski (1971) Takahashi (1973) Luria (1963)	<u><b>Débil</b></u> Savchenko (1980) Lipkowski (1971)
<u><b>Oligofrenia</b></u> Savchenko (1980) Pevzner (1973) Luria (1963)	<u><b>Retardo Mental</b></u> Clausen (1966) Doll (1947) Zigler, Balla, Hodapp (1984) 0-70 I.Q.	<u><b>Mente Fraca</b></u> Lipkowski (1971) Dole (1947)
<u><b>Subnormalidade</b></u> Ewalt (1972) <u><b>Profunda a grave</b></u> <u><b>deficiência</b></u> Grossman (1985)	<u><b>Deficiência Mental</b></u> Masland, Sarson, Gladwin (1958) Tredgold Soddy (1956) < 50 I.Q.	<u><b>Mentalidade Fraca</b></u> Roszkiewicz (1976) <u><b>Pseudo-oligofrenia</b></u> Dziedzic (1969)
	<u><b>Retardo Moderado</b></u> Grossman (1983)	<u><b>Subnormalidade</b></u> Ewalt (1972)
		<u><b>Subnormalidade</b></u> <u><b>Intelectual</b></u>  Masland, Sarason, Gladwin (1958)
		<u><b>Retardo Familiar</b></u> Zigler, Balla, Hodapp (1984)
		<u><b>Retardo Moderado</b></u> Grossman (1983) 50-70 I.Q.

(Holowinsky, 1986)

Fonte: Guimarães, R. (2009)

Segundo o DSM IV-TR (2002) “a deficiência mental é um funcionamento intelectual global inferior à média (critério A) que é acompanhado por limitações no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das áreas seguintes: comunicação, cuidados próprios, vida doméstica, competências sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrolo, competências académicas funcionais, trabalho, tempos livres, saúde e segurança (critério B).”

Por vezes esta deficiência mental poderá estar associada a uma outra deficiência de carácter biológico/hereditário, (como o caso de trissomia 21); de carácter ambiental (privação de cuidados e de outras estimulações sociais e linguísticas); Perturbações mentais (Perturbação Autística) ou até resultante de complicações na gravidez.

Embora existam diferentes correntes para determinar o grau de deficiência mental, são as técnicas psicométricas que mais se impõem, utilizando o Quociente de Inteligência para a

classificação desse grau.

Na tentativa de compreender a deficiência mental e suas implicações, os testes de inteligência de Binet e Simon foram usados para classificar quem era portador desta condição. A descoberta do Quociente de Inteligência (QI) no início do século XX, passa a ser adaptada não só para identificar problemas de aprendizagem, mas também, identificar défices cognitivos de carisma mais grave. (Pinto, 2010 cit por Inácio, 2011)

O conceito de QI foi introduzido por Stern e é o resultado da multiplicação por cem do quociente obtido pela divisão da IM (idade mental) pela IC (idade cronológica).

-Normal -Q.I. 100,3

-Limite ou borderline: QI 65-85

A primeira refere-se em termos de capacidade inteligente a par dos testes de inteligência que são enunciados. A idade cronológica como o próprio termo indica, é a idade física. Aquela que consta na certidão de nascimento.

Para entender melhor este processo tomemos como exemplo uma criança que possui uma idade mental de 4 e uma idade cronológica de 10. Isto significa que fisicamente a criança tem 10 anos mas em termos mentais mantém um desenvolvimento cognitivo equivalente a uma criança de 4 anos. Se, pelo contrário, a idade mental corresponder à idade cronológica diz-se que a pessoa tem uma idade mental normal. (Mielnik, 1977, cit por Inácio, 2011)

David Wechler desenvolveu a Escala de Inteligência Wechler para Crianças, que predomina até hoje, tendo sofrido revisões constantes. Wechler afirma que um QI abaixo de 20 seria debilidade profunda e um QI acima de 127 seria de superdotação, existindo pelo meio subcategorias de acordo com o resultado do QI. (Vieira & Pereira, 2007)

Segundo a OMS, a deficiência mental divide-se:

### **Profunda (Q.I. inferior a 25):**

- Grandes problemas sensoriomotores e de comunicação, bem como de comunicação com o meio;
- São dependentes dos outros em quase todas as funções e atividades, pois os seus handicaps físicos e intelectuais são gravíssimos;
- Excecionalmente terão autonomia para se deslocar e responder a treinos simples de autoajuda.

**Grave/severa (Q.I. entre 25 e 39):**

- Necessitam de proteção e ajuda, pois o seu nível de autonomia é muito pobre;
- Apresentam muitos problemas psicomotores;
- A sua linguagem verbal é muito deficitária – comunicação primária;
- Podem ser treinados em algumas atividades de vida diária básicas e em aprendizagens pré-tecnológicas simples;

**Moderado/média (Q.I. entre 40 e 54):**

- São capazes de adquirir hábitos de autonomia pessoal e social;
- Podem aprender a comunicar pela linguagem oral, mas apresentam dificuldades na expressão e compreensão oral;
- Apresentam um desenvolvimento motor aceitável e têm possibilidade para adquirir alguns conhecimentos pré-tecnológicos básicos que lhes permitam realizar algum trabalho;
- Dificilmente chegam a dominar as técnicas de leitura, escrita e cálculo;

**Leve/ligeira (Q.I. entre 55 e 70):**

- São educáveis;
- Podem chegar a realizar tarefas mais complexas;
- A sua aprendizagem é mais lenta, mas podem permanecer em sala de aula regular embora precisem de um acompanhamento especial;
- Podem desenvolver aprendizagens sociais e de comunicação e têm capacidade para se adaptar e integrar no mundo laboral;
- Apresentam atraso mínimo nas áreas percetivas e motoras;
- Geralmente não apresentam problemas de adaptação ao ambiente familiar e social.

### 1.4 - Educação Especial na Escola

A forma como os alunos com necessidades educativas especiais têm sido encarados pela Escola e pela Sociedade tem vindo a alterar-se ao longo dos tempos, o que se deveu a alguns fatores como por exemplo a formação de especialistas, a legislação que tem vindo a ser publicada, visando uma igualdade de oportunidades, que permita o sucesso a todos os alunos sem exceção, numa perspetiva de “Escola para Todos”.

Com o aparecimento do princípio da integração, surgiu um movimento crescente, na tentativa de colocar as crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) junto das crianças vulgarmente designadas “normais”, para fins académicos e sociais, num “meio menos restritivo possível” (Correia,1997).

Segundo Correia (1997), as medidas mais integradoras são as que separaram as crianças o menos possível do seu contexto natural, do qual, este faz parte integrante, sendo que, “as classes especiais e outras formas de segregação, só deverão ser utilizadas quando as necessidades da criança não podem ser satisfeitas num meio que inclua crianças "normais", ainda que com recurso a apoios e serviços complementares”. (Correia, 1997) Poder-se-á então dizer que, a classe regular constitui o ambiente educativo que se deverá privilegiar, quer para os alunos “normais”, quer para alunos com NEE.

É imperativo que a Educação Especial, utilize metodologias e estratégias pedagógicas de diferenciação inclusiva e de aprendizagem cooperativa, possibilitando o sucesso de cada aluno sem exceção.

A funcionalidade curricular é uma mais-valia para a educação da pessoa com deficiência, sendo o seu objetivo major, a sua adaptação às condições de vida, próprias do seu meio socio-cultural, abandonando-se os currículos rígidos e inflexíveis, como padrão a seguir.

Correia (1997) considera que o nível de alteração curricular é variável a partir da problemática apresentada pela criança ou adolescente. Assim, o autor classifica as Necessidades Educativas Especiais (NEE) em dois grupos: NEE permanentes e NEE temporárias. As NEE permanentes: exigem adaptações gerais do currículo, adaptando-o às características do aluno; as adaptações mantêm-se durante grande parte ou todo o percurso escolar.

As NEE temporárias: a adaptação do currículo é parcial e adaptado às características dos alunos somente num determinado momento do percurso escolar.

Atualmente em Portugal, a Educação Especial é regida pelo Decreto-Lei nº 3/2008, de 7 de

janeiro nos diferentes níveis de ensino. Podemos encontrar no preâmbulo do referido princípio legal, a sua integração no paradigma da inclusão e o objetivo em dar resposta às necessidades educativas dos alunos, com limitações consideráveis, aos níveis da atividade e participação, em consequência de alterações funcionais e estruturais com carácter permanente, resultantes em diferenças continuadas ao nível da comunicação, mobilidade, autonomia, relacionamento interpessoal e da participação social. Através da Lei 21/2008, de 12 de maio podemos referir que a população abrangida pela Educação Especial é definida no âmbito do proposto na CIF. A CIF constitui-se como uma das classificações internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) objetivando a sua aplicação em diversos aspetos da saúde. Os domínios que integram a CIF podem considerar-se como domínios da saúde e relacionados com a saúde. Estes domínios são definidos com base na perspetiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas: (a) funções e estruturas do corpo, e (b) atividades e participação. A CIF classifica diferentes domínios de um indivíduo com uma determinada condição de saúde como, por exemplo, o que uma pessoa com uma doença ou perturbação faz ou pode fazer. A funcionalidade é um termo que envolve todas as funções do corpo, atividades e participação. A incapacidade abrange deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação. A CIF refere ainda os fatores ambientais que interagem com todas estas estruturas. Como resultado, a classificação permite ao utilizador registar perfis úteis da funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em múltiplos domínios. A quantificação da gravidade dos atrasos ou lacunas desenvolvimentais, das limitações ou restrições, pode ser efetuada com os valores da escala numérica de 0 (nenhuma dificuldade) a 4 (dificuldade completa). Através das classificações internacionais da OMS ergue-se um sistema para a codificação de uma vasta gama informativa acerca da saúde nomeadamente o diagnóstico, a funcionalidade e incapacidade, motivos de contato com os serviços de saúde e faz uso de uma linguagem una que permite a comunicação global sobre saúde e cuidados de saúde entre várias disciplinas e ciências. A CIF acaba por se tornar uma ferramenta fundamental que permite descrever as características de cada pessoa individualmente, para que seja mais facilitada a sua intervenção.

Segundo a Declaração de Salamanca, citada em Costa, A. et al (1998), para que possa ser feita uma transição para a vida ativa, os jovens deverão ser apoiados pela Escola, de modo a tornarem-se ativos profissionalmente, mediante formação nas diversas áreas que correspondem às expectativas e exigências sociais e de comunicação da vida adulta.

A transição para a vida adulta, de acordo com *Individuals with disability act* citado pela mesma autora, pode ser encarada como “...um conjunto coordenado de atividades delineadas para cada aluno, visando resultados concretos e que promova a mudança da Escola para as atividades post-escolares que podem incluir educação post-secundária, treino profissional, treino laboral no local de trabalho...educação contínua de adultos, serviços de adultos, vida independente na comunidade e participação na mesma”.

Aquando a sua preparação para a vida ativa e para que estes adolescentes tenham as mesmas oportunidades que os adolescentes sem NEE, é de extrema importância a promoção de fatores de proteção, mais concretamente ao nível familiar, escolar e comunitário, bem como recursos pessoais, através do treino das competências pessoais e sociais, para que se transformem em jovens, o mais autónomos possíveis, e adultos capazes de ter um emprego, construir e gerir uma família, visando a obtenção de uma maior qualidade de vida. Tais fatores devem ser promovidos não só diretamente junto dos adolescentes com NEE's mas também junto dos elementos significativos que contactam com eles nos principais contextos de vida.



## **2 - ESTUDO EMPÍRICO**

### **2. Metodologia**

A presente investigação iniciou-se através de uma pesquisa e análise literária, de forma, a ser devidamente fundamentada.

Após a exploração literária, é necessário estarmos dotados de ideias concisas para definirmos uma problemática relacionada com a pergunta de partida.

## 2.1 Propósito e Delimitação do Problema

O propósito do nosso estudo centra-se nos adolescentes com deficiência mental. *“A adolescência é uma fase onde diversas escolhas se apresentam ao jovem e, onde se joga a sua futura identidade e identificação sexual. Num mundo de incertezas e de (re)definições constantes, ela traduz-se por uma vivência de angústia, de medo e de incerteza, face às mudanças, quer físicas, quer psíquicas, que ocorrem sistematicamente e a uma velocidade alucinante, que o adolescente tem muitas vezes dificuldade em acompanhar.”* (Deus & Silva, 2005, p. 151). É de salientar que nesta etapa, o adolescente sente a necessidade de se confrontar, de experimentar limites, mesmo de os transgredir, constituindo estes um espaço de conquista e de afirmação, que deve ser vivido individualmente e em grupo.

O desejo de ter experiências novas coexiste com o sentimento de invulnerabilidade (que procura esconder a vulnerabilidade) e com o desejo de testar tais limites. (Deus & Silva, 2005, p. 151).

Atualmente, no campo da investigação sobre a adolescência, existem dois aspetos que tem vindo a ganhar realce no estudo desta temática e que são: o desenvolvimento de comportamentos aditivos e a satisfação com o suporte social em adolescentes.

O estudo realizado por Simões, Matos, Ferreira e Tomé (2010), mostrou que os adolescentes com NEE passam por etapas de desenvolvimento, semelhantes às dos adolescentes sem NEE. Relativamente ao género, de um modo geral, os rapazes têm maior tendência para comportamentos de risco, e as raparigas apresentam mais sintomas psicológicos e uma maior tendência para problemas com a sua imagem corporal. No entanto, relativamente à relação com a família, escola e pares, as diferenças tornam-se mais evidentes.

Assim, tendo por base toda a revisão de literatura sobre a importância do suporte social, autoconceito e resiliência, bem como desenvolvimento de comportamentos de risco em adolescentes com deficiência mental ligeira a moderada, emerge o problema do estudo:

*De que forma o autoconceito e o suporte social são fatores protetores na adoção de comportamentos de risco em adolescentes com deficiência mental?*

## 2.2 Modelo de Investigação

O modelo de investigação utilizado é o de Investigação-Ação.

De acordo com Máximo-Esteves (2008) Investigação-Ação é um processo reflexivo que caracteriza uma investigação numa determinada área problemática cuja prática se deseja aperfeiçoar. Esta prática define primeiramente o problema para posteriormente especificar um plano de ação.

Pretende-se estudar a fenomenologia da situação pedagógica, através de um procedimento *in loco*, com a finalidade de lidar com um problema concreto num determinado contexto imediato, ou seja pretende-se que seja um processo controlado passo a passo durante períodos de tempo variáveis utilizando diversos modos de avaliação (diários, narrativas, entrevistas, questionários e estudos de caso...) de modo a que os resultados obtidos levem a reformulações, ajustamentos ou mudanças de direção, de modo a orientar a investigação pelo caminho mais adequado. (Cohen e Manion, 1987 cit por Sousa 2005).

Tratando-se de uma orientação de investigação complexa, com o duplo objetivo de ação e investigação, ou seja, para obter melhor compreensão sobre o problema, delinear programas orientados para a mudança, colocar em prática o plano e verificar como funciona, mas devido à delimitação temporal do desenvolvimento da presente dissertação, delimitámos o trabalho na busca dos factos para uma melhor análise e reconceptualização do problema e planejar a intervenção, remetendo a execução do plano, a avaliação da eficácia da intervenção para um futuro momento.

## 2.3 Objetivos da Investigação

Foram delineados os seguintes objetivos para o estudo em questão:

Objetivo geral:

- Conhecer de que forma a adoção de comportamentos de risco em adolescentes com deficiência mental está relacionada com o autoconceito e o seu suporte social.

Objetivos específicos:

- Conhecer a relação entre as dimensões do suporte social e as do autoconceito do adolescente com deficiência mental ligeira a moderada.
- Identificar os comportamentos de risco dos adolescentes em estudo.
- Identificar a conotação (positiva ou negativa) de autoconceito nos adolescentes com deficiência mental ligeira a moderada, no contexto em estudo (Beja).
- Compreender a matriz multidimensional percetiva dos comportamentos de risco com o suporte social e o autoconceito.
- Elaborar um projeto de intervenção direcionado para o grupo em estudo.

Para finalizar, consideramos que esta investigação se trata de um estudo do tipo descritivo e transversal, uma vez que se pretende descrever e compreender a relação existente entre as variáveis em estudo, num determinado grupo de estudo e num determinado período de tempo.

Segundo Gil (1989, cit. por Correia, 1999), *“as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. Uma das suas características mais significativas está na utilização de técnicas de colheita de dados (...).”*

De acordo com Lucas, *“quanto ao seu enquadramento no tempo trata-se de um estudo transversal porque estuda determinado fenómeno num período, num momento bem determinado e apenas aí.”* (cit. por Correia, 1999, p.57)

## 2.4 Participantes

A amostra a ser recolhida para este estudo, deve ser constituída por todos os alunos com idades entre os 12 e os 22 anos, que apresentam deficiência mental ligeira a moderada com CEI, dos agrupamentos da rede do Ministério de Educação, situadas na cidade de Beja, no ano letivo de 2013/2014.

*Quadro 2: Caracterização da Amostra*

SEXO			IDADE					
	FREQ.	% VÁLIDA	FREQ.		% VÁLIDA			
FEMININO	8	40,0	15 OU -	2	10,0	MÉDIA	17,05	
MASCULINO	12	60,0	16	4	20,0	MEDIANA	17,00	
TOTAL	20	100,0	17	8	40,0	MODA	17	
			18	4	20,0	DESVIO PADRÃO	1,932	
			20 OU +	2	10,0			
			TOTAL	20	100,0			
ANO DE MATRÍCULA			REPROVAÇÃO					
	FREQ.	% VÁLIDA		FREQ.	% VÁLIDA	N.º	FREQ.	% VÁLIDA
7	2	10,0	NÃO	4	20,0	2	12	75,0
8	1	5,0	SIM	16	80,0	3	2	12,5
10	7	35,0	TOTAL	20	100,0	4	1	6,3
11	4	20,0				5	1	6,3
12	6	30,0				TOTAL	16	100,0
TOTAL	20	100,0						
COM QUEM VIVE?			MEDICAÇÃO					
	FREQ.	% VÁLIDA		FREQ.	% VÁLIDA	PARA QUÊ?	FREQ.	% VÁLIDA
PAIS	9	45,0	NÃO	15	75,0	EPILEPSIA	1	20,0
MÃE	7	35,0	SIM	5	25,0	PHDA	1	20,0
OUTROS	4	20,0	TOTAL	20	100,0	PERT. BIPOLAR	1	20,0
TOTAL	20	100,0				TIRÓIDE	1	20,0
						TOTAL	4	100,0

É de salientar, que na constituição da amostra pretendeu-se abranger alunos de ambos os sexos que frequentassem o Ensino Especial e que apresentassem um currículo específico individual (CEI).

## 2.5 Instrumento

No presente estudo, o instrumento privilegiado de recolha de dados utilizado é o Questionário.

Segundo Fortin (1999, p. 249), este instrumento “é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos (...) e habitualmente preenchido pelos vários sujeitos (...)”.

As vantagens da utilização deste instrumento consistem no facto de permitir trabalhar com uma grande população e com pouco tempo para a realização do estudo, garante o anonimato, a veracidade das respostas e facilita a análise dos dados obtidos.

Neste estudo, o questionário irá comportar uma primeira parte de carácter sociodemográfico, como vista a conhecermos melhor o adolescentes, composto como perguntas que remete para caracterização do agregado familiar, repetições escolares, os interesses/gostos, atividades que costuma fazer nos tempos livres, entre outros. (Apêndice IV)

### **Escala de Satisfação com o Suporte Social**

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), elaborada por Ribeiro (1999), que mede a satisfação com o suporte social. A ESSS é constituída por 15 frases que são apresentadas para autopreenchimento, como um conjunto de afirmações. O sujeito tem de assinalar o grau em que concorda com a afirmação (se ela se aplica a ele), numa escala de *Likert* com cinco posições, “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte” e “discordo totalmente” (Ribeiro, 1999). Estas 15 frases/itens distribuem-se por quatro (4) dimensões ou fatores gerados empiricamente para medir os seguintes aspetos do Suporte Social:

- O primeiro fator foi batizado de “Satisfação com a Amizade”, mede a satisfação com as amizades/amigos que o adolescente tem. Inclui cinco itens que correspondem às proposições 3, 12, 13, 14 e 15.
- O segundo fator designa-se de “Intimidade” (IN), mede a perceção da existência de suporte social íntimo e inclui quatro itens (itens 1, 4, 5 e 6).
- O terceiro fator é designado por “Satisfação com a Família” e mede a satisfação do adolescente com o suporte social familiar existente. Inclui três itens que correspondem às proposições 9, 10 e 11.
- As “Atividades Sociais”, corresponde ao último fator desta escala, pretende medir

a satisfação com as atividades sociais que o adolescente realiza. Inclui três itens que equivalem às proposições 2, 7 e 8.

A nota final da escala resulta da média da totalidade dos itens. A nota de cada dimensão resulta da média dos itens de cada dimensão ou subescala.

Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos itens assinalados em “A”, e “5” aos assinalados em “E”. São exceção os itens invertidos que são os seguintes: 4,5,9,10,11,12,13,14 e15.

A nota para a escala total pode variar entre 15 e 75 e à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social.

### **Escala de autoconceito de «Piers-Harris Children`s self-concept scale» (PHCSCS)**

A terceira parte do questionário refere-se à escala de autoconceito de «Piers-Harris Children`s self-concept scale» (PHCSCS), elaborada por Piers e Hertzberg (2002) foi adaptada para a população portuguesa por Veiga (1989; 2006). O PHCSCS é um dos instrumentos de avaliação do autoconceito não académico mais utilizado na investigação (Veiga, 1989). É uma escala do tipo Thurstone (itens dicotómicos), com 60 afirmações em que o aluno deve assinalar «*sim*» ou «*não*», conforme o enunciado do item seja ou não aplicável a si próprio. A cada resposta na direção do autoconceito positivo atribui-se um ponto (Veiga, 1989).

De acordo com Veiga (2006), embora a ordem dos fatores da escala da adaptação portuguesa seja diferente da escala original de Piers (1969 e 1988), a estrutura fatorial desta versão é semelhante, sendo que a proximidade entre as duas versões se pode verificar ainda na interpretação dos diferentes fatores.

Fator I – Aspeto comportamental (AC) – refere-se à percepção que o sujeito tem do seu tipo de comportamento em situações várias e da responsabilidade pelas suas ações, designadamente em casa e na escola. É composto por 13 itens (12,13,14,18,19,20,27,30,36,38,45,48,58).

Fator II – Ansiedade (NA) – este fator inclui 8 itens (4,7,10,17,23,29,56,59) e refere-se à insegurança, às preocupações, aos medos e inquietações com que a pessoa se encara a si própria e às situações. Tem a ver com emoções e expectativas negativas.

Fator III – Estatuto intelectual e escolar (EI) – são 13 os itens que se relacionam com este fator (5,16,21,22,24,25,26,34,39,43,50,52,55), que sugere a forma como a pessoa se vê a si própria relativamente ao rendimento obtido nas tarefas intelectuais.

Tem a ver com a admiração que pensa que lhe é dispensada na turma, devido às suas ideias e capacidades de aprendizagem.

Fator IV – Popularidade (PO) – este fator é composto por 10 itens (1,3,4,6,11,32,37,41,47,57) e refere-se à maneira como o sujeito se percebe nas relações com os colegas, à facilidade em fazer amigos, ao grau de popularidade e ao modo como se sente incluído e desejado nos desportos e noutras atividades de grupo.

Fator V – Aparência e atributos físicos (AF) – pretende avaliar o que a pessoa pensa acerca da sua aparência física. Uma pontuação alta neste fator indica que a pessoa gosta do corpo que tem. É composto por 9 itens (8,9,15,31,33,44,46,49, 54).

Fator VI – Satisfação-felicidade (SF) – é um fator composto por 8 itens (2,28,31,35,40,42,53,60) e sugere a satisfação que a pessoa sente por ser como é, tem a ver com o seu nível de felicidade geral.

Será de salientar que aos scores mais elevados, em todos os fatores (incluindo o fator ansiedade) correspondem níveis superiores de autoconceito. A pontuação total obtida na escala é alcançada pela soma da pontuação em cada um dos 60 itens e não pelo somatório das pontuações nos fatores.

Segundo os resultados obtidos na investigação de Veiga (1989), estes permitem verificar que a versão portuguesa do PHSCS apresenta qualidades psicométricas no seu todo e nos seus subfactores que permitem garantir que esta escala constitui um novo instrumento de pesquisa na prática de Psicologia e da Educação.

### **Questionário de comportamentos de risco**

A última parte do questionário refere-se aos comportamentos de risco. Será elaborado um questionário próprio e adaptado à população em questão, onde serão retratados os temas em estudo sexualidade, comportamentos aditivos (algumas questões do ESPAD (*European School Survey on Alcohol and Other Drugs*) e perturbações alimentares.

O ESPAD é um estudo europeu realizado em 1995, 1999, 2003, 2007 e em 2011 que nos permite ter a perceção dos comportamentos aditivos adotados pelos adolescentes. O ESPAD – *European School Survey on Alcohol and Other Drugs* (Inquérito Europeu sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas), é um estudo efetuado, por equipas de investigadores independentes, com a coordenação do CAN – *The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs*, que tem o apoio do Grupo Pompidou do Conselho da Europa e de instituições da maior relevância na área do álcool e das drogas,



nos diferentes países participantes. Em Portugal, está a cargo da Dr<sup>a</sup> Fernanda Feijão (coordenadora nacional) e da Dr<sup>a</sup> Elsa Lavado, investigadoras do ODT – Observatório da Droga e da Toxicodependência, do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) acompanha este estudo com o estatuto de observador. O estudo realiza-se com a periodicidade de 4 anos, tendo sido desenvolvido em 1995, 1999 2003, 2007 e 2011. Portugal participa desde o primeiro ano.

Com base no ESPAD original adaptou-se uma escala para o nosso questionário, sendo composta ao todo por quatro questões com várias alíneas, alíneas essas que são de resposta fechada. (Apêndice IV)

As respostas foram cotadas de 0 a 3 para a primeira pergunta, com a pontuação 3 significando um elevado consumo de substâncias e a pontuação 0 correspondendo a ausência de consumo de substâncias, relativamente à segunda pergunta, as respostas foram cotadas 0 a 6, com a pontuação 6 significando uma elevada frequência de consumo de substâncias e a pontuação 0 correspondendo a ausência de consumo de substâncias. No que concerne à questão 3, a resposta foi cotada entre 0 e 1, 0 para quem não assinala aquela alínea e 1 para o item assinalado. Por último, a questão 4, as respostas foram cotadas de 0 a 4 com a pontuação 4 significando que todos os seus amigos consomem substâncias e a pontuação 0 correspondendo a ausência de consumo de substâncias por parte dos amigos.) No que concerne à problemática da sexualidade as questões presentes no questionário são retiradas da Escala avaliação do Comportamento Sexual (Adaptação de Brás, M. 2008; Brás, F. 2012). Estas questões são de escolha múltipla resposta foi cotada entre 0 e 1, 0 para quem não assinala aquela alínea e 1 para o item assinalado.

Relativamente ao último ponto, recorremos ao inventário Eating Attitudes Test (EAT) ou Escala de Atitudes na Ingestão Alimentar desenvolvida por Garner e Garfinkel em 1979 (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982). No estudo utilizou-se a tradução portuguesa de Tapadinhas (2011). A escala é constituída por 26 itens (EAT-26) que procuram avaliar a presença ou não de perturbação alimentar, com ponto de corte 21. Divide-se em três fatores: fator I “Subescala da dieta” (13 itens -1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26) refere-se à recusa patológica de alimentos com elevado valor calórico e preocupação em relação à forma física; fator II “Subescala de bulimia e preocupação com a comida” (6 itens – 3, 4, 9, 18, 21, 25) avalia episódios bulímicos, isto é ingestão compulsiva seguida de indução de vômito ou atos que evitam ganhar peso; fator III “Subescala do controlo

oral” (7 itens - 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20) avalia o autocontrolo sobre a seleção e o padrão alimentar associado à pressão social para ingestão de alimentos e ganho de peso (op. cit.). Os valores médios obtidos, comparados com os auferidos por Garner et al. (1982) numa amostra de mulheres sem Perturbação do Comportamento Alimentar são semelhantes.

A consistência interna avaliada através do coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach pelos autores da escala original indicam boa fiabilidade na subescala de controlo oral (0,83), na subescala de bulimia e preocupação com a comida (0,84) na subescala da dieta (0,90) e no EAT-26 medida total (0.90).

Em suma, adotámos para o instrumento do presente estudo, a articulação de um conjunto de escalas com a necessária fiabilidade e consistência interna, validada num largo espectro de estudos realizados a nível nacional.

## 2.6 Procedimento

Para que uma investigação tenha sucesso é necessário ter em atenção uma série de procedimentos que devem de ser tidos em linha de conta.

Numa primeira fase foi escolhido o tema que consistiu “*Autoconceito, suporte social e comportamentos de risco em adolescentes com deficiência mental*”

Depois passa-se à pesquisa bibliográfica e documental acerca da temática, procedendo-se assim à definição da seguinte pergunta de partida “*De que forma o autoconceito e o suporte social são fatores protetores na adoção de comportamentos de risco em adolescentes com deficiência mental?*”

Pretende-se nesta fase proceder à construção de fundamentação teórica subjacente à pergunta de partida.

Posteriormente define-se a conceção metodológica a seguir, estabelecendo-se os instrumentos a utilizar para a pesquisa.

Após a elaboração da Grelha do Questionário dos Comportamentos de Risco (Apêndice III), pensou-se que seria importante realizar um pré-teste a um sujeito, com o perfil traçado, seguida duma validação facial de conteúdo dos tópicos do questionário, com o orientador. Posto isto, elaborou-se de um pedido de autorização para a realização do estudo aos órgãos de gestão (conselhos executivos) do agrupamento n.2 em Beja, bem como aos Encarregados de Educação.

Após a autorização do Conselho Executivo da escola envolvida no estudo, foi solicitada aos mesmos a listagem dos alunos que iriam participar no estudo.

Posteriormente, agendou-se dia e hora com o professor do ensino especial, em que os questionários seriam aplicados. A recolha dos dados foi efetuada durante o mês de Março de 2014. A recolha foi consumada duma só vez, a todos os alunos presentes, em contexto de sala de aula.

O Investigador e o professor do ensino especial, estiveram sempre presentes no momento da aplicação do instrumento, onde foi feita uma breve explicação aos alunos do objetivo do estudo bem como, da estrutura e da forma de preenchimento do questionário.

Após todo esse processo e recolhida a informação procede-se ao tratamento dos dados e à análise dos resultados.

Por último, traça-se uma proposta de intervenção.

## **2.7 Apresentação e Análise Dos Dados**

Após termos procedido à aplicação dos instrumentos de recolha de informação, já descritos anteriormente, procedemos à aferição da hierarquia da importância das dimensões e variáveis de Suporte Social e de Autoconceito.

Para que tal acontecesse foi necessário, recriámos coeficientes e índices das dimensões das escalas, e calculámos a taxa desse índice  $X = (\text{somatório dos diferentes scores observados}) \times 100 / \text{total dos scores possíveis}$ .

O procedimento da análise de dados centrou-se nas análises univariadas, bivariadas e multivariadas. Ao nível univariado interessámos pela verificação da importância do peso proporcional e percentual das frequências, ou seja, as distribuições por frequências, assim como as medidas de tendência central e de dispersão, os padrões de normalidade ou não.

No caso bivariado, podemos referir o estudo comparativo entre grupos, tomando como referência, por exemplo os sexos (comparação de médias). Acrescentámos ainda, análise de associação e de correlação entre variáveis. Procurámos compreender a hierarquia das ordens de preferências dos inquiridos, através da comparação de itens em amostras emparelhadas (Testes de Friedman), cujos resultados ajudam-nos a compreender a importância das relações de influência entre as variáveis estudadas.

Ao nível multivariado, pretendemos estudar a interdependências entre variáveis. Para o feito explorámos a redução dos espaços multidimensionais e a correspondências múltiplas entre as variáveis, apresentando estas estratégias analíticas como a melhor forma para colocar em evidência as variáveis latentes, que resumem as relações entre as categorias dos atributos observados (Pestana & Gageiro, 1998).

Em todos tratamentos e análises recorremos à aplicação informática do IBM SPSS versão 21, e tomámos como ponto de referência a significância dos resultados ao nível de um intervalo de confiança de 95%.

Acrescentamos ainda que os procedimentos da análise multidimensional e de correspondência constituíram como elementos facilitadores para sistematizar as principais áreas de intervenção-ação a ter em conta no desenho do plano de ação descrito adiante em capítulo próprio.

### **1.1 Principais Aspetos de Satisfação com o Suporte Social**

Para a Escala de Suporte Social são apresentados os dados descritivos (média, desvio-padrão), que nos possibilitaram entender o grau de importância dado pelos adolescentes a cada item.

**Quadro 3: Hierarquia dos itens da Escala de Satisfação com o Suporte Social - ESS**

	Média	Desvio Padrão	Mean Rank
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	3,85	1,461	11,55
8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.e. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	3,75	1,446	11,33
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	3,60	1,465	11,10
7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	3,40	1,536	10,63
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	3,15	1,599	9,90
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	2,95	1,701	9,73
4. Quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	2,05	1,146	7,40
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	1,80	1,281	6,83
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	1,85	1,268	6,58
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	1,70	1,129	6,43
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	1,70	,979	6,40
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	1,65	1,040	5,88
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	1,65	1,226	5,73
14. Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	1,45	,686	5,38
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	1,50	1,000	5,18

Nota: teste de Friedman (N=20; *Chi-Square*=37,818; df=14; *Asymp. Sig.*=0,001)

No que concerne à Escala de Suporte Social (Ribeiro, 1999), os dados foram analisados do ponto de vista do máximo e do mínimo, no que se refere ao seu grau de importância. (Quadro3) Neste sentido, em termos globais da escala, podemos afirmar que houve mais

jovens a concordar ou a dar mais importância aos três primeiros itens da tabela (itens 6, 8, 2), ou seja, os assuntos da intimidade e demonstraram menos concordância ou importância aos três últimos itens da tabela (itens 15, 14, 10), ou seja, as questões da amizade e família. Esses resultados apresentam adequada significância segundo o teste de Friedman ( $N=20$ ;  $Chi-Square=37,818$ ;  $df=14$ ;  $Asymp. Sig.=0,001$ )

**Quadro 4: Hierarquia dos itens de cada dimensão da Escala de Satisf. Suporte Social**

	Mean Rank
<b>SA1- Satisfação com amizades</b>	
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	4,00
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	3,05
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	2,75
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	2,65
14. Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	2,55
<b>IN- intimidade</b>	
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	3,30
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	2,78
4. Quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	2,10
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	1,83
<b>SF2- Satisfação com família</b>	
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	2,13
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	2,08
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	1,80
<b>AS- Atividades sociais</b>	
8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.e. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	2,08
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	2,03
7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	1,90

Seguindo a forma de distribuição e agrupamento dos itens da Escala de Suporte Social (Ribeiro, 1999), segundo o próprio autor, podemos verificar, o seguinte: a) Dimensão *Satisfação com amizades*, o item com maior importância é “3 - Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria” com uma média (*Mean Rank*) de **4,00** e o de menor importância é “14- Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos” com uma média de **2,55**.

b) Dimensão *Intimidade*, o item com maior importância é “6 - Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas” com uma média de **3,30** e o de menor importância é “5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer” com uma média de **1,83**.

c) Dimensão *Satisfação com a família*, o item com maior importância é “11- Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família” com uma média de **2,13** e o de menor importância é “10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família” com uma média de **1,80**.

d) Dimensão *Atividades sociais*, o item com maior importância é “8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.e. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.) com uma média de **2,08** e o de menor importância é o “7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam” com uma média de **1,90**.

**Quadro 5: Significâncias das hierarquias dos itens de cada dimensão da Escala de Satisfação com o Suporte Social**

Teste	'SA- Satisfação com amigos	IN- intimidade	SF- Satisfação com família	AS- Atividades sociais
Friedman				
N	20	20	20	20
Chi-Square	20,127	20,481	2,649	,491
Df	4	3	2	2
Asymp. Sig.	0,000	0,000	,266	,782

Os valores das dimensões da escala de suporte social acima referidos, apresentam, adequada significância na primeira e segunda dimensão, (Satisfação com amigos, *Chi-Square*= 20,127; *df*=4; *Asymp. Sig.*=0,000; Intimidade, *Chi-Square*=20, 481; *df*=3; *Asymp. Sig.*=0,000)

Conclui-se, deste modo, que de facto os amigos são, dito num sentido vasto, positivos ao desenvolvimento do deficiente mental. (Sousa & Hutz, 2008)

**Quadro 6: Descrição dos índices das dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social**

	Média	Mediana	Desvio Padrão	Min	Max	Assimetria	Kurtose
Escala Global - Suporte Social	48,07	50,00	12,039	23	72	,037	,434
Satisfação com amigos	38,8000	36,0000	16,11015	20,00	88,00	1,425	3,594
Intimidade	52,7500	55,0000	15,76764	20,00	75,00	-,903	,057
Satisfação com família	33,6667	33,3333	14,74540	20,00	73,33	1,162	1,171
Atividades sociais	71,6667	80,0000	23,18247	20,00	100,00	-,943	-,014

Analisando cada dimensão, verificámos que a dimensão de atividades sociais (71,7) e Intimidade (52,8) apresentam médias de score mais elevadas. De notar, que a média global dos scores de suporte social é de 48,07.

**Quadro 7: Descrição dos índices das dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social****Segundo o Sexo**

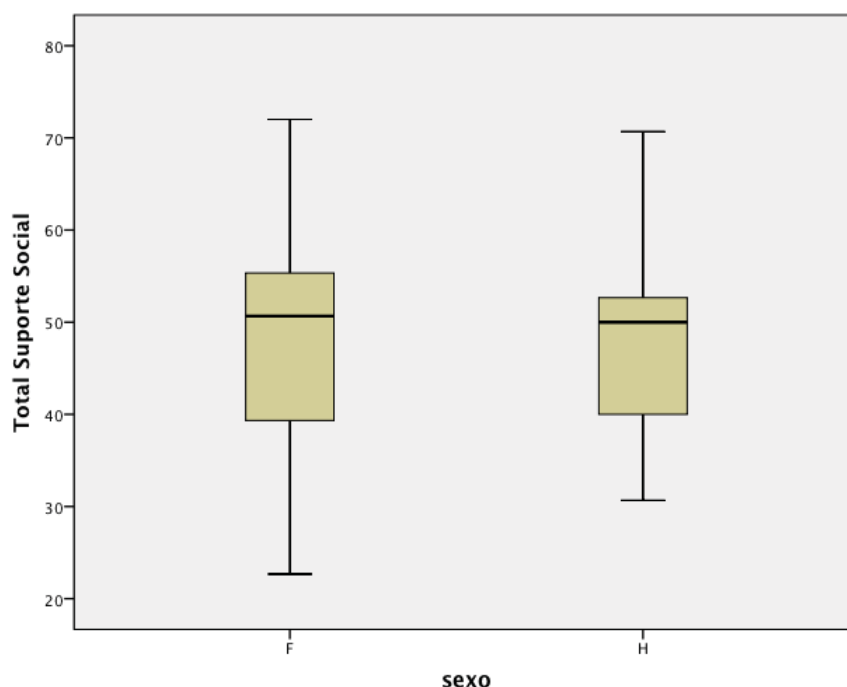
	Sexo	Média	Desvio Padrão
Escala Global - Suporte Social	F	48,17	14,855
	H	48,00	10,483
Satisfação com amigos	F	40,5000	11,79588
	H	37,6667	18,87439
Intimidade	F	51,8750	17,10002
	H	53,3333	15,56998
Satisfação com família	F	34,1667	19,98015
	H	33,3333	11,00964
Atividades sociais	F	70,0000	29,38524
	H	72,7778	19,37578

Tendo presente a distribuição dos scores da Escala de Satisfação de Suporte Social segundo o sexo (quadro 7), e analisando graficamente parece que o grupo feminino apresenta uma maior dispersão dos scores das afirmações. Comparando os resultados por sexo, podemos afirmar que existe uma certa aproximação das médias de scores de satisfação com o Suporte Social (F –  $\bar{M}$ =48,17 e H –  $\bar{M}$ =48,00). Procurando compreender



se elas são estatisticamente significativas procedemos à análise comparativa segundo o teste T-Student.

**Gráfico1: Box-Plot do índice da Escala de Satisfação com o Suporte Social segundo o Sexo**



**Quadro 8: Comparação das médias dos índices das dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social segundo o Sexo**

	Teste Levene		Teste T-Student		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Escala Global - Suporte Social	,877	,361	,030	18	,977
Satisfação com amigos	,272	,608	,377	18	,711
Intimidade	,340	,567	-,197	18	,846
Satisfação com família	4,393	,050	,121	18	,905
Atividades sociais	1,667	,213	-,256	18	,801

No quadro 8, também não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos índices das referidas dimensões, segundo o sexo [ $p > 0,05$ ;  $p=0,711$ ,  $p=0,846$ ,  $p=0,905$ ,  $p=0,801$ ].

Os resultados obtidos junto do grupo de adolescentes em estudo permitem confirmar as

características multidimensionais do suporte social, sendo ainda de relevar que os diversos aspetos do suporte social, tais como os do domínio da intimidade e das atividades sociais têm um impacto mais elevado junto dos adolescentes masculinos e femininos, valorizando ambos os grupos a importância e a necessidade dos amigos, não só como recursos disponíveis de respostas aos pedidos de ajuda e assistências, mas sobretudo, como recursos fundamentais para o seu bem-estar.

## 1.2 Principais aspetos do Autoconceito

Para a escala de Autoconceito são apresentados os dados descritivos (média, desvio-padrão, valores máximo e mínimo), que igualmente ilustram o grau de importância dada pelos adolescentes a cada item da escala.

***Quadro 9: Hierarquia dos itens da matriz ponderada de Autoconceito***

	Média $p$	D Padrão $p$	MRank
60 Sou uma boa pessoa.	3,80	1,436	54,45
2 Sou uma pessoa feliz.	3,25	1,517	50,45
24 Sou capaz de dar uma boa impressão perante a turma.	3,00	1,376	48,55
12 Porto-me bem na escola.	2,75	1,251	45,83
16 Sou um membro importante da minha família.	2,75	1,410	45,45
42 Sou alegre.	2,45	1,191	44,93
18 Faço bem os meus trabalhos escolares.	2,65	1,387	43,43
15 Sou forte.	2,50	1,147	43,13
41 Tenho muitos amigos.	2,35	1,268	42,85
53 Dou-me bem com os outros.	1,90	,308	40,08
31 Gosto de ser como sou.	1,85	,366	38,75
33 Tenho o cabelo bonito.	1,80	,410	37,23
44 Sou bonito(a). (Tenho bom aspeto)	1,80	,410	37,13
39 Os meus colegas da escola acham que tenho boas ideias.	2,15	1,387	36,55
6 Sou uma pessoa tímida.	1,95	,999	35,98
5 Sou uma pessoa esperta.	2,10	1,410	34,98
29 Preocupo-me muito.	1,70	,470	34,63
49 Tenho uma cara agradável.	1,70	,470	34,55
36 Odeio a escola.	1,65	,489	33,53
10 Fico preocupado(a) quando temos testes na escola.	2,05	1,468	33,45
46 Sou popular entre os rapazes.	1,65	,489	33,35
22 Sou um membro importante da minha turma.	1,85	1,089	33,13
28 Tenho sorte.	1,65	,489	33,05
25 Na escola estou distraído(a) a pensar noutras coisas.	1,60	,503	32,25
26 Os meus amigos gostam das minhas ideias.	1,60	,503	31,90
9 Sou um chefe nas brincadeiras e no desporto.	1,70	,923	30,60

## 2-Estudo Empírico

	Média <i>p</i>	D Padrão <i>p</i>	MRank
52 Esqueço o que aprendo.	1,55	,510	30,48
50 Quando for maior, vou ser uma pessoa importante.	1,55	,510	30,40
4 Estou triste muitas vezes.	1,90	1,483	30,13
23 Sou nervosa(a).	1,50	,513	29,40
54 Sou popular entre as raparigas.	1,45	,510	28,10
30 Os meus pais esperam demasiado de mim.	1,45	,510	27,90
34 Na escola, ofereço-me várias vezes como voluntário(a).	1,45	,510	27,75
56 Tenho medo muitas vezes.	1,45	,510	27,73
58 Penso em coisas más.	1,45	,510	27,55
3 Tenho dificuldades em fazer amizades.	1,50	,827	26,85
11 Sou impopular.	1,50	,827	26,78
7 Fico nervoso(a) quando o Professor me faz perguntas.	1,50	,827	26,53
59 Choro facilmente.	1,40	,503	26,35
35 Gostava de ser diferente daquilo que sou.	1,40	,503	26,20
51 Nas brincadeiras e nos desportos, observo em vez de, participar.	1,35	,489	25,23
13 Quando qualquer coisa corre mal, a culpa é geralmente minha.	1,35	,587	24,50
21 Sou lento(a) a terminar, trabalhos escolares.	1,30	,470	23,83
40 Sou infeliz.	1,25	,444	22,58
38 Muitas vezes sou antipático(a) com as outras pessoas.	1,25	,444	22,50
37 Sou dos últimos a ser escolhido(a) para jogos e desportos.	1,25	,444	22,45
19 Faço muitas coisas más.	1,25	,444	22,43
47 As pessoas implicam comigo.	1,25	,444	22,38
57 Sou diferente das outras pessoas.	1,25	,444	22,28
55 Sou bom leitor (gosto de ler).	1,20	,410	21,28
27 Meto-me frequentemente em sarilhos.	1,20	,410	21,15
20 Porto-me mal em casa.	1,20	,410	21,13
45 Meto-me em muitas brigas.	1,20	,410	21,03
48 A minha família está desapontada comigo.	1,20	,410	21,00
8 A minha aparência física desagrada-me.	1,20	,410	20,80
43 Sou estúpido(a) em relação a muitas coisas.	1,15	,366	19,75
17 Desisto facilmente.	1,15	,366	19,68
1 Os meus colegas de turma troçam de mim	1,10	,308	18,48
32 Sinto-me posto de parte.	1,10	,308	18,28
14 Crio problemas à minha família.	1,05	,224	17,03

Nota: Total *scores* obs=608; ordens (*ranks*) resultantes da ponderação das probabilidades de scores observadas; ordenação das ponderações com o teste de Friedman (N=20; *Chi-Square*= 400,410; df= 59; *Asymp. Sig.*= 0,000)

A Escala de Autoconceito «Piers-Harris Children's self-concept scale» (PHCSCS) apresenta um conjunto de 60 itens. Fomos averiguar quais os itens mais importantes para os nossos participantes. Os itens analisados, resultantes do modelo simplificado de Veiga

(2006) e tratados de forma ponderada na presente investigação, apresentam como médias ponderadas mais elevadas os seguintes itens: o 60 – “Sou uma boa pessoa”, o 2 – “Sou uma pessoa feliz” e o item 24 – “Sou capaz de dar uma boa impressão perante a turma”, constituindo aqueles que são mais valorizados. Estes itens dão-nos a indicação de que a sua satisfação pessoal é igualmente positiva.

Os de menor valor para o nosso grupo estudado, ou seja, com médias ponderadas mais baixas são: o 1 – “Os meus colegas de turma troçam de mim”, 32 – “Sinto-me posto de parte” e o 14 – “Crio problemas à minha família”. De igual modo podemos deduzir que são itens presentes nas dimensões *Popularidade* e *Aspeto Comportamental* que têm menos impacto/importância nos sujeitos.

**Quadro 10: Hierarquia dos itens das dimensões “Aspeto Comportamental”, “Estatuto intelectual e escolar” e “Aparência e atributos físicos” da matriz de Autoconceito**

	MRank
<b>Aspeto Comportamental</b>	
12 Porto-me bem na escola.	10,80
18 Faço bem os meus trabalhos escolares.	10,33
36 Odeio a escola.	8,45
30 Os meus pais esperam demasiado de mim.	7,38
58 Penso em coisas más.	7,25
13 Quando qualquer coisa corre mal, a culpa é geralmente minha.	6,60
19 Faço muitas coisas más.	6,10
38 Muitas vezes sou antipático(a) com as outras pessoas.	6,03
20 Porto-me mal em casa.	5,83
27 Meto-me frequentemente em sarilhos.	5,83
48 A minha família está desapontada comigo.	5,80
45 Meto-me em muitas brigas.	5,73
14 Crio problemas à minha família.	4,90
<b>Estatuto intelectual e escolar</b>	
24 Sou capaz de dar uma boa impressão perante a turma.	10,65
16 Sou um membro importante da minha família.	9,90
39 Os meus colegas da escola acham que tenho boas ideias.	7,95
5 Sou uma pessoa esperta.	7,58
22 Sou um membro importante da minha turma.	7,33
25 Na escola estou distraído(a) a pensar noutras coisas.	7,05
26 Os meus amigos gostam das minhas ideias.	7,05
52 Esqueço o que aprendo.	6,65
50 Quando for maior, vou ser uma pessoa importante.	6,58

	MRank
34 Na escola, ofereço-me várias vezes como voluntário(a).	5,98
21 Sou lento(a) a terminar, trabalhos escolares.	5,18
55 Sou bom leitor (gosto de ler).	4,75
43 Sou estúpido(a) em relação a muitas coisas.	4,38
Aparência e atributos físicos	
15 Sou forte.	6,93
31 Gosto de ser como sou.	5,68
33 Tenho o cabelo bonito.	5,45
44 Sou bonito(a). (Tenho bom aspeto)	5,45
49 Tenho uma cara agradável.	5,08
46 Sou popular entre os rapazes.	4,83
9 Sou um chefe nas brincadeiras e no desporto.	4,58
54 Sou popular entre as raparigas.	4,05
8 A minha aparência física desagrada-me.	2,98

**Quadro 11:** *Hierarquia dos itens das dimensões “Ansiedade”, “Popularidade” e “Satisfação felicidade” da matriz ponderada de Autoconceito*

	Mean Rank
Ansiedade	
29 Preocupo-me muito.	5,43
10 Fico preocupado(a) quando temos testes na escola.	5,10
23 Sou nervoso(a).	4,73
4 Estou triste muitas vezes.	4,63
56 Tenho medo muitas vezes.	4,38
7 Fico nervoso(a) quando o Professor me faz perguntas.	4,25
59 Choro facilmente.	4,18
17 Desisto facilmente.	3,33
Popularidade	
41 Tenho muitos amigos.	8,50
6 Sou uma pessoa tímida.	7,10
4 Estou triste muitas vezes.	6,05
3 Tenho dificuldades em fazer amizades.	5,43
11 Sou impopular.	5,43
37 Sou dos últimos a ser escolhido(a) para jogos e desportos.	4,83
47 As pessoas implicam comigo.	4,75

	Mean Rank
57 Sou diferente das outras pessoas.	4,65
1 Os meus colegas de turma troçam de mim	4,18
32 Sinto-me posto de parte.	4,10
Satisfação felicidade	
60 Sou uma boa pessoa.	6,90
2 Sou uma pessoa feliz.	6,38
42 Sou alegre.	5,28
53 Dou-me bem com os outros.	4,43
31 Gosto de ser como sou.	4,33
28 Tenho sorte.	3,60
35 Gostava de ser diferente daquilo que sou.	2,75
40 Sou infeliz.	2,35

Perante os quadros 10 e 11, podemos encontrar os itens mais valorizados e os menos valorizados para cada dimensão da escala de autoconceito. Seguindo a forma de distribuição e agrupamento dos itens da Escala de Autoconceito «Piers-Harris Children's self-concept scale» (PHCSCS) segundo Veiga (2006), podemos verificar, o seguinte: a) Dimensão *Aspetto comportamental*, o item com maior importância é “12 - Porto-me bem na escola” com uma média (Mean Rank) de **10,80** e o de menor importância é “14- Crio problemas à minha família” com uma média de **4,90**.

b) Dimensão *Estatuto intelectual e escolar*, o item de maior importância é “24 - Sou capaz de dar uma boa impressão perante a turma” com uma média de **10,65** e o de menor importância é “43 - Sou estúpido(a) em relação a muitas coisas” com uma média de **4,38**.

c) Dimensão *Aparência e atributos físicos*, o item com maior importância é “15 - Sou forte”, com uma média de **6,93** e o de menor importância é “8 - A minha aparência física desagrada-me” com uma média de **2,98**.

d) Dimensão *Ansiedade*, o item de maior importância é “29 - Preocupo-me muito” com uma média de **5,43** e o de menor importância “17 - Desisto facilmente” com uma média de **3,33**.

e) Dimensão *Popularidade*, o item de maior importância é “41 - Tenho muitos amigos” com uma média de **8,50** e de menor importância é “32 - Sinto-me posto de parte” com uma média de **4,10**.

f) Dimensão *Satisfação e felicidade*, o item de maior importância é “60 - Sou uma boa pessoa” com uma média de **6,90** e o de menor importância é “40 Sou infeliz” com uma média de **2,35**.

De acordo com as preferências nas respostas fornecidas pelos inquiridos, podemos inferir que este grupo, apresenta um autoconceito global positivo.

**Quadro 12: Significâncias das hierarquias dos itens de cada dimensão da matriz ponderada de Autoconceito**

Teste Friedman	AC	EI	AF	NA	PO	SF
Total scores observados	97	139	114	69	70	119
N	20	20	20	20	20	20
Chi-Square	79,355	68,020	38,733	15,860	63,499	80,345
Df	12	12	8	7	9	7
Asymp. Sig.	0,000	0,000	0,000	0,026	0,000	0,000

Os valores das dimensões da escala do autoconceito acima referidos, apresentam, adequada significância em cada uma das suas dimensões, (*Aspeto comportamental*, *Chi-Square*=79,355; *df*=12; *Asymp. Sig.*=0,000; *Estatuto intelectual e escolar*, *Chi-Square*=68,020; *df*=12; *Asymp. Sig.*=0,000; *Aparência e atributos físicos*, *Chi-Square*=38,733; *df*=8; *Asymp. Sig.*=0,000; *Ansiedade*, *Chi-Square*=15,860; *df*=7; *Asymp. Sig.*=0,000; *Popularidade*, *Chi-Square*=63,499; *df*=9; *Asymp. Sig.*=0,000; *Satisfação e felicidade* *Chi-Square*=80,345; *df*=7; *Asymp. Sig.*=0,000)

De acordo com o estudo de Faria & Figueiredo (2000) no que se refere aos estudos diferenciais, os alunos sem NEE apresentam autoconceitos superiores nas dimensões académicas, global e social (pais), não se observando diferenças entre os dois grupos (com e sem NEE) para os autoconceitos social pares e competência desportiva, mas havendo diferenças no autoconceito aparência física a favor dos alunos com NEE.

Tais diferenças podem ser explicadas pelo facto da maioria dos alunos com NEE se situarem na categoria de "dificuldades de aprendizagem", o que pode afetar negativamente o seu auto conceito académico e, mesmo, o global, que sofre com o impacto negativo das dimensões académicas, tão relevantes nesta fase e particularmente, para os alunos com dificuldades de aprendizagem. Esta autoavaliação académica negativa parece também refletir-se no autoconceito (pais) que é menor nestes alunos do que nos que não tem NEE. Finalmente, a dimensão de autoconceito aparência física apresenta-se superior, o que pode

refletir o maior investimento na área física, por parte destes alunos, como forma de compensação das áreas académicas mais desvalorizadas.

Apesar dos resultados encontrados no domínio do autoconceito académico e mesmo global, serem menores nos alunos com NEE, eles podem ser fruto de comparação com grupos exteriores. (Faria & Figueiredo, 2000).

**Quadro 13: Descrição dos índices das dimensões da matriz ponderada de Autoconceito**

	Média <i>p</i>	Mediana <i>p</i>	Desvio Padrão <i>p</i>	Min	Max	Assimetria	Kurtose
Total <i>scores</i> Auto Conceito	28,8611	28,0556	3,69493	23,89	36,67	,996	,241
Aspeto Comportamental	25,1923	25,0000	2,94930	20,51	29,49	,218	-1,227
Estatuto intelectual e escolar	29,8077	28,8462	5,83632	23,08	44,87	1,092	1,058
Aparência e atributos físicos	28,9815	28,7037	4,85420	20,37	37,04	,016	-,994
Ansiedade	26,3542	26,0417	7,35095	16,67	43,75	,985	,805
Popularidade	25,2500	23,3333	8,57159	18,33	46,67	1,723	2,407
Satisfação felicidade	36,5625	37,5000	5,83314	27,08	47,92	-,027	-,604

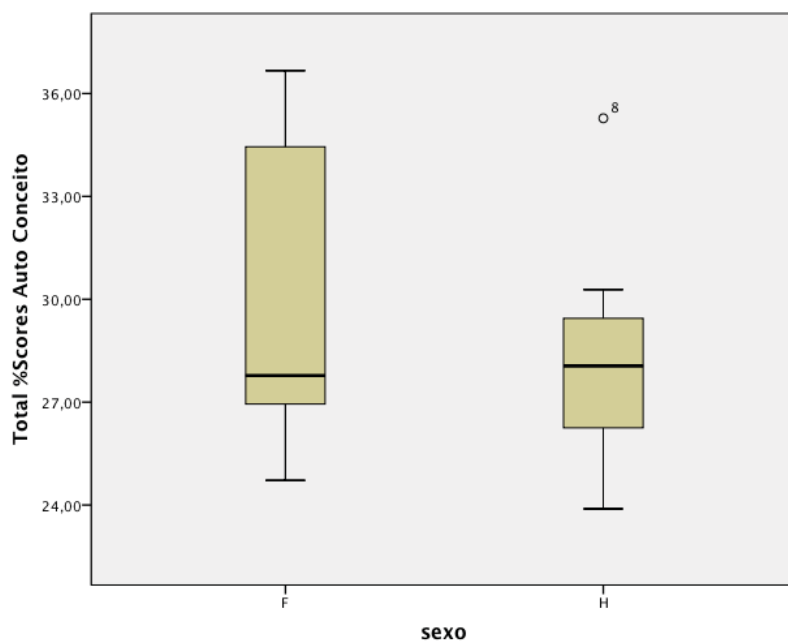
Analisando cada dimensão, verificámos que a dimensão de *Satisfação e felicidade* (36,5) e *Estatuto intelectual e escolar* (29,8) médias de score mais elevadas. De notar, que a média global dos scores de autoconceito é de 28,86.



**Quadro 14: Descrição dos índices das dimensões da matriz ponderada de Autoconceito segundo o Sexo**

	Sexo	Média <i>p</i>	Desvio Padrão <i>p</i>
Total Scores Autoconceito	F	29,9653	4,57506
	H	28,1250	2,96378
Aspeto Comportamental	F	25,1603	3,49008
	H	25,2137	2,69665
Estatuto intelectual e escolar	F	31,0897	7,08036
	H	28,9530	4,99412
Aparência e atributos físicos	F	27,5463	5,63762
	H	29,9383	4,24006
Ansiedade	F	30,9896	8,06391
	H	23,2639	5,09020
Popularidade	F	26,8750	8,88362
	H	24,1667	8,57233
Satisfação felicidade	F	37,7604	6,62913
	H	35,7639	5,39136

Tendo presente a distribuição dos scores do Autoconceito segundo o sexo (quadro 14), e analisando graficamente parece que, o grupo feminino apresenta uma maior dispersão dos scores das afirmações. Comparando os resultados por sexo, podemos afirmar que existe uma certa aproximação das médias de scores de satisfação com o Autoconceito (F –  $M=29,96$  e H –  $M=28,12$ ). Procurando compreender se elas são estatisticamente significativas procedemos à análise comparativa segundo o teste T-Student.

**Gráfico 2: Box-Plot do índice da matriz ponderada de Auto-conceito segundo o Sexo****Quadro 15: Comparação das médias dos índices das dimensões da matriz ponderada de Autoconceito segundo o Sexo**

	Teste Levene		Teste T-Student		
	F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)
Total Scores Auto Conceito	4,326	,052	1,097	18	,287
Aspeto Comportamental	1,158	,296	-,039	18	,970
Estatuto intelectual e escolar	,844	,370	,794	18	,437
Aparência e atributos físicos	,456	,508	-1,085	18	,292
Ansiedade	2,452	,135	2,639	18	,017
Popularidade	,002	,965	,682	18	,504
Satisfação felicidade	,284	,601	,741	18	,468

De acordo com o quadro acima, podemos verificar que a dimensão *Ansiedade* apresenta diferenças estatisticamente significativas  $P < 0,05$ ,  $p=0,017$ . De acordo com o quadro 14 podemos verificar que o sexo que apresenta maior ansiedade é o Feminino. Segundo Simões et al (2010) as raparigas apresentam mais sintomas psicológicos e uma maior tendência para problemas com a sua imagem corporal.

Em suma, conjugando estes resultados com os descritos anteriormente, somos a considerar a importância da satisfação e felicidade pessoal no seio dos adolescentes com deficiência mental ligeira a moderada em estudo, oferecendo-nos uma clara percepção de que os inquiridos de ambos os sexos valorizam a si próprios por serem a pessoa como é.

## 2- Comportamentos de Consumo, Sexualidade e Alimentação em Jovens

### 2.1- Principais aspetos do Consumo

#### 2.1.1- Experiências no Consumo das Substâncias

*Quadro 16: Consumo de Substâncias*

	Não	Sim		
		nos últimos 30 dias	nos últimos 12 meses	ao longo da vida
1.1. Beber cerveja (pelo menos um copo)	10	3	5	2
1.2. Beber vinho (pelo menos um copo)	18	1	1	
1.3. Tomar bebidas destiladas (shots, vodka, whiskey, gin etc.)	12	2	4	2
1.4 Ficar embriagado/a	16	1	2	1
1.5 Fumar o primeiro cigarro	15	1	3	1
1.6 Fumar tabaco diariamente	18			2
1.7 Cannabis (marijuana, erva ou haxixe, chamon, charro)	20			
N	20	20	20	20

**Quadro 17: Número de ocasiões de Consumo de Substâncias em toda a vida**

	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
1.1. Beber cerveja (pelo menos um copo)	11	3	3		2		1
1.2. Beber vinho (pelo menos um copo)	16	2	1		1		
1.3. Tomar bebidas destiladas (shots, vodka, whiskey, gin etc.)	13	4	1		1		1
1.4 Ficar embriagado/a	16	2		1	1		
1.5 Fumar o primeiro cigarro	14	5			1		
1.6 Fumar tabaco diariamente	17				1		2
1.7 Cannabis (marijuana, erva ou haxixe, chamon, charro)	20						
N	20	20	20	20	20	20	20

**Quadro 18: Número de ocasiões de Consumo de Substâncias nos últimos 6 meses**

	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
1.1. Beber cerveja (pelo menos um copo)	12	4	1	1	1	1	
1.2. Beber vinho (pelo menos um copo)	15	3	1		1		
1.3. Tomar bebidas destiladas (shots, vodka, whiskey, gin etc.)	15	3	1			1	
1.4 Ficar embriagado/a	16	1	1	1	1		
1.5 Fumar o primeiro cigarro	15	4				1	
1.6 Fumar tabaco diariamente	17					1	2
1.7 Cannabis (marijuana, erva ou haxixe, chamon, charro)	19	1					
N	20	20	20	20	20	20	20

**Quadro 19: Razões de Consumo de Substâncias**

	n	%	% casos múltiplos
4.1 Nunca usei as substâncias referidas	9	42,9%	45,0%
4.2 Queria ficar numa boa	1	4,8%	5,0%
4.3 Para não ficar fora do meu grupo	2	9,5%	10,0%
4.5 Estava curioso	7	33,3%	35,0%
4.6 Queria esquecer os meus problemas	2	9,5%	10,0%
N respostas múltiplas em 20	21	100,0%	105,0%

**Quadro 20: Percepção do comportamento dos amigos em relação ao Consumo de Substâncias**

	Nenhum	Poucos	Alguns	Quase todos
Fumar tabaco	10	5	2	3
Tomar bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, whiskey, licores, vodka etc.)	7	6	3	4
Ficam embriagados pelo menos uma vez por semana	13	5	2	
Fumam cannabis (marijuana, erva ou haxixe, ganja)	16	1	3	
N	20	20	20	20

Os quadros 16, 17, 18, 19 e 20 retratam a existência de consumos por parte dos jovens. Da amostra recolhida, podemos afirmar que apenas 10 dos 20 (50%) dos casos é que afirma ser consumidor de cerveja e só 2 dos 20 (10%) é que assume como fumador diariamente. De notar que 7 casos revelam como explicação para o consumo, a sua curiosidade sobre o assunto/tema.

**Quadro 21: Hierarquia dos itens de Consumo de Substâncias - ESPAD**

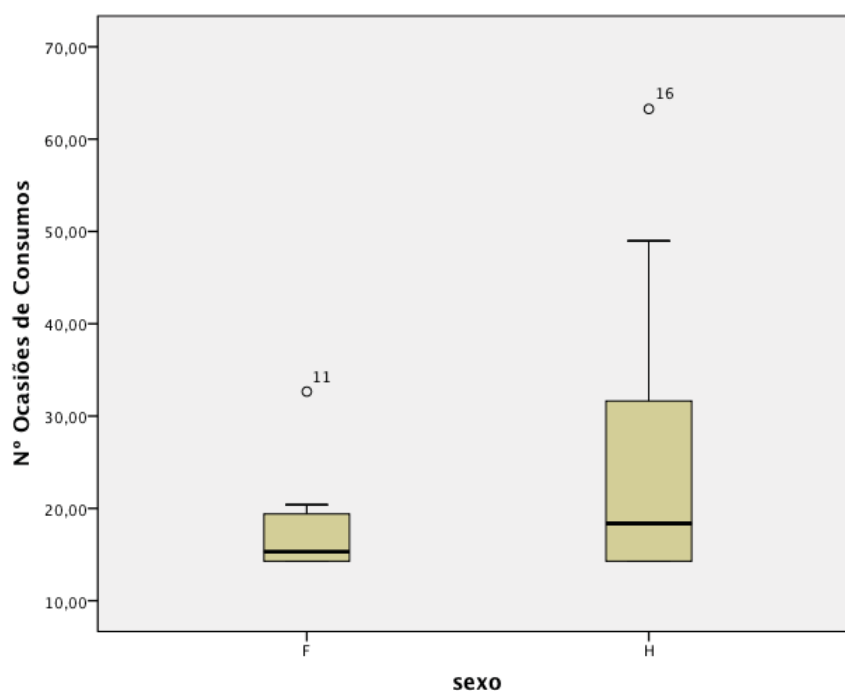
	Média	Desvio Padrão	Mean Rank
1 Beber cerveja (pelo menos um copo)	2,15	1,725	4,93
3 Tomar bebidas destiladas (shots, vodka, whiskey, gin etc.)	1,80	1,576	4,38
5 Fumar o primeiro cigarro	1,45	,945	4,10
6 Fumar tabaco diariamente	1,80	1,989	3,85
2 Beber vinho (pelo menos um copo)	1,40	,995	3,80
4 Ficar embriagado/a	1,45	1,099	3,78
7 Cannabis (marijuana, erva ou haxixe, chamon, charro)	1,00	,000	3,18

Nota: teste de Friedman (N=20; *Chi-Square*=20,719; df=6; *Asymp. Sig.*=0,002)

No que concerne ao quadro 21, podemos verificar que o item que apresenta maior média  $M= 4,93$  é o do consumo de cerveja, seguido do consumo de bebidas destiladas  $M=4,38$ , sendo o consumo de cannabis o de menor média  $M= 3,18$ .

**Quadro 22: Descrição dos índices de Consumo de Substâncias segundo o Sexo**

	Média	Mediana	Desvio Padrão	Min	Max	Assimetria	Kurtose
Índice Global	22,551	16,3265	13,29996	14,29	63,27	2,071	4,113
Feminino	18,1122	15,3061	6,30793	14,29	32,65	2,168	4,975
Masculino	25,5102	18,3673	16,01039	14,29	63,27	1,583	1,794

**Gráfico 3: Box-Plot do índice de Consumo de Substâncias segundo o Sexo**

De acordo com a sua informação, podemos verificar nos quadros 22 e 23 e no gráfico3, que não existem diferenças estatísticas significativas entre os sexos, no que concerne ao consumo de substâncias, porém podemos verificar um ligeiro destaque no consumo masculino, este apresenta uma média um pouco mais elevada que o sexo feminino.

**Quadro 23: Comparação das médias do índice de Consumo de Substâncias segundo o Sexo**

	Teste Levene		Teste T-Student		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Igualdade de variâncias	4,763	0,043	-1,235	18	0,233
Desigualdade de variâncias			-1,442	15,406	0,169

De acordo com os resultados de Claudino, Cordeiro e Arriaga (2006), ao verificarem que os indivíduos do sexo masculino consumiam mais vezes bebidas alcoólicas e atingiam mais vezes estados de embriaguês (13,6%). É de salientar, que os mesmos autores constataram que os indivíduos do sexo masculino apresentam uma percentagem mais elevada (5,9%) que os indivíduos do sexo feminino (4,2%), relativamente ao não consumo de álcool.



Na nossa perspetiva, Portugal é desde sempre um país que se impôs como um grande produtor de vinhos, de excelente qualidade, contribuindo significativamente para as economias regionais. Em termos sociais, o peso que tem no rendimento das famílias, que dependem da produção e comércio das bebidas alcoólicas, é muito elevado. Este é o verso da moeda, o seu reverso traduz-se nos impactos negativos, que essa economia ligada ao álcool tem em termos sociais, culturais e de saúde pública. No mesmo sentido, em termos culturais, confrontamo-nos com todas as representações sociais associadas ao álcool, que o enraízam profundamente nas tradições do povo português, maioritariamente perto das populações masculinas. Contudo, existem novos padrões de consumo que o tornam mais recreativo, mais ligado a espaços de diversão, mais ao estilo anglo-saxónico, e tendencialmente, as mulheres aproximam-se dos homens em termos de consumo. Mas ainda podemos afirmar, não sabendo por quanto tempo mais, que os homens consomem mais álcool, que as mulheres. (Sardica, 2007)

## 2.1.2- Comportamento Sexual

**Quadro 24: Conhecimentos/informações sobre a sexualidade**

	Freq.	% válida
Não	3	15,0
Sim	17	85,0
Total	20	100,0

**Quadro 25: Fonte das informações sobre a sexualidade**

	N	%	% casos múltiplos
Pai	2	6,1%	11,1%
Mãe	6	18,2%	33,3%
Irmãos mais velhos	1	3,0%	5,6%
Amigos	8	24,2%	44,4%
Enfermeiros	2	6,1%	11,1%
Médicos	4	12,1%	22,2%
Psicólogos	4	12,1%	22,2%
Professores	3	9,1%	16,7%
Televisão	2	6,1%	11,1%
Outros	1	3,0%	5,6%
N respostas múltiplas em 17	33	100,0%	183,3%

**Quadro 26: Definição de sexualidade**

	N	%	% casos múltiplos
Relação sexual	8	34,8%	42,1%
Envolvimento sentimental	1	4,3%	5,3%
Amor/Paixão	14	60,9%	73,7%
N respostas múltiplas em 19	23	100,0%	121,1%

**Quadro 27: Iniciação da vida sexual**

	Freq.	% válida
Não	12	60
Sim	8	40
Total	20	100,0

**Quadro 28: Tipo de iniciação**

	Freq.	% válida
Num flirt	2	25,0
No namoro	6	75,0
Total	8	100,0

**Quadro 29: Uso de método contraceptivo**

	Freq.	% válida
Não	2	25,0
Sim	6	75,0
Total	8	100,0

**Quadro 30: Tipo de método contraceptivo**

	Freq.	% válida
Preservativo	5	50,0%
Pílula	4	40,0%
Preservativo e Pílula	1	10,0%
N resp múltiplas	10	100,0

A análise do comportamento sexual é meramente descritiva. De acordo com os quadros apresentados, podemos verificar que apenas 15% dos jovens não possui conhecimentos/informações sobre sexualidade. E que o conhecimento que adquiriram foi maioritariamente com os colegas (24,2%), mãe (18,2%), médicos (12,1%) ou psicólogos (12,1%). Podemos referir que numa amostra de 20 jovens dos 12 aos 22 anos de idade, só 8 é que iniciaram a sua vida sexual, e desses 8, 2 deles adotaram comportamento de risco, numa relação desprotegida. De acordo com Bastos & Deslandes (2005) na adolescência é importante a inserção do jovem em atividades que promovam maiores habilidades e competências, que resultarão na formação de indivíduos mais autónomos, com maior responsabilidade e possibilidades de escolhas, contribuindo para que o exercício da sexualidade se dê de forma mais satisfatória e protegida.

## 2.1.3- Comportamento Alimentar

**Quadro 31: Hierarquia dos itens da Escala de Comportamento Alimentar – EAT26**

	Média	Desvio Padrão	Mean Rank
26.Gosto de experimentar comidas novas e saborosas	4,6	2,062	21,65
1.Fico apavorado(a) com o excesso de peso	2,9	2,174	16,9
14.Preocupa-me a ideia de ter gordura no meu corpo	2,75	2,124	16,03
7.Evito particularmente alimentos com elevado teor em hidratos de carbono (pão, arroz batata e massas)	2,65	1,927	15,9
6.Controlo as calorias dos alimentos que como	2,35	1,631	15,35
11.Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a)	2,65	2,134	15,18
12.Penso em queimar calorias quando faço exercício	2,65	2,159	15
2.Evito comer quando estou com fome	2,5	2,188	14,63
19.Mostro autocontrolo em relação à comida	2,55	2,114	14,13
18.Sinto que a comida controla a minha vida	2,45	2,188	13,83
16.Evito alimentos que tenham açúcar	2,05	1,605	13,8
5.Corto a minha comida em pequenos pedaços	2	1,654	13,6
20.Sinto que os outros me pressionam a comer	2,4	2,21	13,6
8.Sinto que os outros preferiam que eu comesse mais	2,35	2,007	13,4
13.Os outros pensam que estou demasiado magro(a)	2,25	2,221	13,28
3.Acho-me uma pessoa preocupada com a comida	1,9	1,41	13,05
15.Levo mais tempo que os outros a comer as minhas refeições	2	1,777	12,95
23.Ocupo-me com comportamentos dietéticos	1,85	1,531	12,68
21.Passo demasiado tempo a pensar em comida	1,8	1,704	12,08
17.Como alimentos dietéticos	1,85	1,631	11,83
10.Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer	1,75	1,517	11,5
4.Tive alturas de ingestão compulsiva, em que senti, que não era capaz de parar	1,6	1,314	11,23
24.Gosto do meu estômago vazio	1,35	1,137	10,73
22.Sinto-me indisposto(a) depois de comer doces	1,45	1,234	10,7
9.Vomito depois de comer	1,15	0,671	9,15
25. Desejo vomitar depois das refeições	1	0	8,88

Nota: teste de Friedman (N=20; *Chi-Square*=103,552; df=25; *Asymp. Sig.*=0,000)

**Quadro 32: Hierarquia dos itens de cada dimensão da Escala de Comportamento Alimentar**

	Mean Rank
<b>Dieta</b>	
26.Gosto de experimentar comidas novas e saborosas	10,73
1.Fico apavorado(a) com o excesso de peso	8,1
14.Preocupa-me a ideia de ter gordura no meu corpo	7,88
7.Evito particularmente alimentos com elevado teor em hidratos de carbono (pão, arroz batata e massas)	7,68
12.Penso em queimar calorias quando faço exercício	7,55
6.Controlo as calorias dos alimentos que como	7,53
11.Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a)	7,43
16.Evito alimentos que tenham açúcar	6,6
23.Ocupo-me com comportamentos dietéticos	5,98
10.Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer	5,63
17.Como alimentos dietéticos	5,58
24.Gosto do meu estômago vazio	5,23
22.Sinto-me indisposto(a) depois de comer doces	5,13
<b>Bulimia e preocupação com a comida</b>	
18.Sinto que a comida controla a minha vida	4,00
3.Acho-me uma pessoa preocupada com a comida	3,98
21.Passo demasiado tempo a pensar em comida	3,63
4.Tive alturas de ingestão compulsiva, em que senti, que não era capaz de parar	3,53
9.Vomito depois de comer	3,00
25. Desejo vomitar depois das refeições	2,88
<b>Controlo Oral</b>	
2.Evito comer quando estou com fome	4,35
19.Mostro autocontrolo em relação à comida	4,05
5.Corto a minha comida em pequenos pedaços	4,03
13.Os outros pensam que estou demasiado magro(a)	3,98
20.Sinto que os outros me pressionam a comer	3,95
8.Sinto que os outros preferiam que eu comesse mais	3,9
15.Levo mais tempo que os outros a comer as minhas refeições	3,75

Perante os quadros 31 e 32, podemos encontrar os itens mais valorizados e os menos valorizados para cada dimensão da escala de Comportamento Alimentar. Seguindo a forma de distribuição e agrupamento dos itens da Escala de Comportamento Alimentar – EAT26segundo Tapadinhas (2011), podemos verificar, o seguinte: a) Dimensão *Dieta*, o item com maior importância é “26- Gosto de experimentar comidas novas e saborosas” com uma média (Mean Rank) de **10,73** e o de menor importância é “22.Sinto-me indisposto(a) depois de comer doces” com uma média de **5,13**.

b) Dimensão *Bulimia e preocupação com a comida*, o item com maior importância é “18 – Sinto que a comida controla a minha vida” com uma média de **4,00** e o de menor importância é “ 25 – Desejo vomitar depois das refeições” com uma média de **2,88**.

c) Dimensão *Controlo oral*, o item com maior importância é “2 – Evito comer quando estou com fome” com uma média de **4,35** e o de menor importância é “ 15 – Levo mais tempo que os outros a comer as minhas refeições” com uma média de **3,75**.

**Quadro 33: Significâncias das hierarquias dos itens de cada dimensão da Escala de Comportamento Alimentar**

Teste Friedman	Dieta	Bulimia e preocupação com a comida	Controlo Oral
N	20	20	20
Chi-Square	65,167	17,030	1,806
Df	12	5	6
Asymp. Sig.	0,000	0,004	0,937

Os valores das dimensões da escala de comportamento alimentar acima referidos, apresentam, adequada significância na primeira e segunda dimensão, (Dieta, *Chi-Square*= 65,167; *df*=12; *Asymp. Sig.*=0,000; *Bulimia e preocupação com a comida*, *Chi-Square*=17,030; *df*=5; *Asymp. Sig.*=0,004)

**Quadro 34: Descrição dos índices das dimensões da Escala de Comportamento Alimentar**

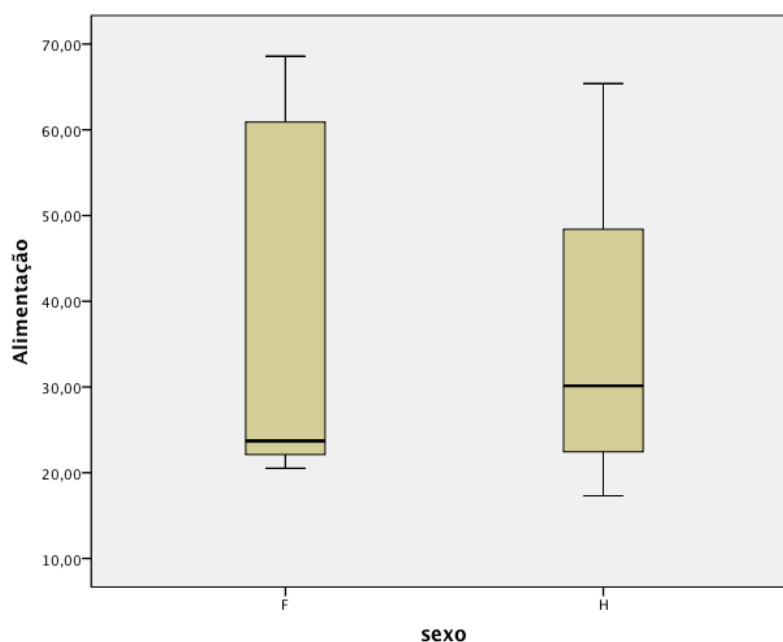
	Média	Mediana	Desvio Padrão	Min	Max	Assimetria	Kurtose
Escala Global – Comport. Alimentar	36,4103	27,2436	18,1054	17,31	68,59	0,746	-1,13
Dieta	39,5513	28,2051	20,1394	17,95	75,64	0,765	-1,052
Bulimia e preocupação com a comida	27,5	20,8333	14,0169	16,67	58,33	1,218	0,353
Controlo Oral	38,2143	28,5714	24,5556	16,67	90,48	1,257	0,194

Analisando cada dimensão, verificámos que a dimensão *Dieta* (39,5) e *Controlo oral* (38,2) médias de score mais elevadas. De notar, que a média global dos scores de comportamento alimentar é de 36,41.

**Quadro 35: Descrição dos índices das dimensões da Escala de Comp. Alimentar segundo o Sexo**

	Sexo	Média	Desvio Padrão
Escala Global – Comportamento Alimentar	F	37,8205	21,56744
	H	35,4701	16,36433
Dieta	F	40,7051	24,24545
	H	38,7821	18,02452
Bulimia e preocupação com a comida	F	26,3889	14,16394
	H	28,2407	14,49841
Controlo Oral	F	42,2619	28,70575
	H	35,5159	22,29971

Tendo presente a distribuição dos scores da Escala de Comportamento Alimentar segundo o sexo (quadro 35), e analisando graficamente parece que, o grupo feminino apresenta uma maior dispersão dos scores das afirmações. Comparando os resultados por sexo, podemos afirmar que existe uma certa aproximação das médias de scores de comportamento alimentar ( $F - M = 37,82$  e  $H - M = 35,47$ ). Procurando compreender se elas são estatisticamente significativas procedemos à análise comparativa segundo o teste T-Student.

**Gráfico 4: Box-Plot do índice da Escala de Comportamento Alimentar segundo o Sexo****Quadro 36: Comparação das médias dos índices das dimensões da Escala de Comportamento Alimentar segundo o Sexo**

	Teste Levene		Teste T-Student		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Escala Global – Comp. Alimentar	2,695	0,118	0,277	18	0,785
Dieta	2,633	0,122	0,204	18	0,841
Bulimia e preocupação com a comida	0,012	0,914	-0,282	18	0,781
Controlo Oral	0,869	0,364	0,592	18	0,562

No quadro 36, também não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos índices das referidas dimensões, segundo o sexo [ $p > 0,05$ ;  $p=0,841$ ,  $p=0,781$ ,  $p=0,562$ ].

Os resultados do estudo não nos permitem assegurar a presença de exageradas opções e/ou preferências inadequadas de comportamentos alimentares, não obstante ambos os sexos afirmarem que gostam de experimentar comidas novas e saborosas, ou que ficam apavorados(as) com o excesso de peso e ou que se manifestam preocupações com a ideia de terem gordura no seus corpos. Por outras palavras, o fenómeno bulímico não está



claramente presente no grupo estudado, sendo apenas evidente um quadro perceptual sobre a dieta em que valorizam novas experiências nos seus regimes alimentares que, naturalmente, importa “vigiar” para evitar a génese de comportamentos desviantes.

## 2.2- Horizonte dos Comportamentos de Risco em Jovens

### 2.2.1- Principais relações entre as dimensões de Satisfação com o Suporte Social e Autoconceito e os comportamentos de risco do consumo de substâncias e a alimentação

**Quadro 37: Correlação entre os índices de Satisfação com o Suporte Social e Autoconceito e os comportamentos de risco do consumo de substâncias e a alimentação**

	SA	IN	SF2	AS	AC	EI	AF	AN	PO	SF	CONS	DIET	BULIM	CORAL
SA	1,00													
IN	0,53 0,02	1,00												
SF2	0,09 0,71	0,23 0,33	1,00											
AS	0,23 0,33	0,56 0,01	0,08 0,73	1,00										
AC	0,41 0,07	0,02 0,93	0,25 0,28	0,26 0,27	1,00									
EI	0,16 0,51	0,01 0,96	0,21 0,38	0,12 0,60	0,06 0,81	1,00								
AF	-0,26 0,28	0,00 1,00	-0,05 0,83	0,20 0,39	-0,02 0,93	0,37 0,11	1,00							
AN	0,18 0,45	0,18 0,44	-0,05 0,85	0,48 0,03	0,16 0,50	0,23 0,33	0,26 0,27	1,00						
PO	0,32 0,18	0,15 0,53	-0,15 0,53	0,45 0,05	0,44 0,05	0,11 0,64	0,19 0,42	0,70 0,00	1,00					
SF	-0,13 0,59	0,19 0,42	0,33 0,16	0,15 0,53	0,09 0,71	0,30 0,20	0,34 0,15	0,35 0,14	0,21 0,37	1,00				
CONS	-0,35 0,14	-0,06 0,82	0,05 0,84	-0,13 0,57	0,02 0,94	-0,05 0,84	-0,11 0,64	-0,35 0,13	-0,32 0,16	0,03 0,91	1,00			
DIET	0,22 0,36	0,42 0,06	0,02 0,95	0,46 0,04	-0,04 0,86	0,31 0,18	0,05 0,85	0,39 0,09	0,31 0,19	-0,13 0,59	0,06 0,80	1,00		
BULIM	0,49 0,03	0,37 0,10	0,14 0,56	0,64 0,00	0,36 0,12	0,47 0,04	0,18 0,44	0,45 0,05	0,59 0,01	0,08 0,75	-0,22 0,35	0,66 0,00	1,00	
CORAL	0,11 0,64	0,34 0,14	0,20 0,40	0,45 0,04	-0,02 0,94	0,50 0,02	0,30 0,21	0,56 0,01	0,47 0,04	0,28 0,24	-0,18 0,44	0,75 0,00	0,70 0,00	1,00

Nota: Índices - SA- Satisfação com amigos; IN- intimidade; SF2- satisfação com família; AS - Atividades sociais; AC - Aspeto Comportamental; EI- Estatuto intelectual e escolar; AF- Aparência e atributos físicos; AN- Ansiedade; PO- Popularidade; SF- Satisfação felicidade; CONS- Consumo de substâncias; DIET- Dieta;

BULIM- Bulimia e preocupação com a comida; CORAL- Controlo oral; (N=20; correlação de pearson; nível de significância a 0,05).

Numa primeira leitura do quadro 37, apercebemo-nos que não parece existir, uma relação direta entre os comportamentos aditivos com cada uma das dimensões de suporte social e autoconceito.

Contudo, verificámos correlações significativas entre os comportamentos de *Dieta* com *Atividades Sociais* ( $r=0.46$ ;  $s= 0.04$ ); iguais comportamentos foram encontrados entre as dimensões *Bulimia* e *Satisfação com as Amizades* ( $r=0,49$ ;  $s= 0.03$ ); *Bulimia e Atividades Sociais* ( $r=0.64$ ;  $s= 0.00$ ), *Bulimia e Estatuto Intelectual e Escolar* ( $r=0,47$ ;  $s= 0.04$ ); *Bulimia e Ansiedade* ( $r=0,45$ ;  $s= 0.05$ ); *Bulimia e Popularidade* ( $r=0,59$ ;  $s= 0.01$ ); *Controlo Oral e Atividades Sociais* ( $r=0,45$ ;  $s= 0.04$ ); *Controlo Oral e Estatuto Intelectual e Escolar* ( $r=0,50$ ;  $s= 0.02$ ); *Controlo Oral e Ansiedade* ( $r=0,56$ ;  $s= 0.01$ ) e por último *Controlo Oral e Popularidade* ( $r=0,47$ ;  $s= 0.04$ ).

No que concerne às relações entre as dimensões de suporte social e as de autoconceito verificamos a presença de correlações significativas entre os *Aspetos Sociais e Ansiedade* ( $r=0,48$ ;  $s=0,03$ ), assim como entre os *Aspetos Sociais e Popularidade* ( $r=0,45$ ;  $s= 0.05$ ).

**Quadro 38: Relação entre as dimensões de Satisfação com o Suporte Social e Autoconceito e as Relações Sexuais (protegidas e não protegidas)**

	Qui- quadrado	Df	Sig.	Teste Fisher Sig.	Phi	Sig.
SA x Relações sexuais	0,087	1	0,769	0,574	0,066	0,769
IN x Relações sexuais	5,089	1	0,024	0,038	0,504	0,024
SF2 x Relações sexuais	1,626	1	0,202	0,217	0,285	0,202
AS x Relações sexuais	2,540	1	0,111	0,137	0,356	0,111
AC x Relações sexuais	0,952	1	0,329	0,314	0,218	0,329
EI x Relações sexuais	0,045	1	0,831	0,613	0,048	0,831
AF x Relações sexuais	0,952	1	0,329	0,314	0,218	0,329
AN x Relações sexuais	0,952	1	0,329	0,314	0,218	0,329
PO x Relações sexuais	0,471	1	0,492	0,426	0,154	0,492
SF x Relações sexuais	0,471	1	0,492	0,426	0,154	0,492

Nota: Índices - SA- Satisfação com amizades; IN- intimidade; SF2- satisfação com família; AS - Atividades

sociais; AC - Aspeto Comportamental; EI- Estatuto intelectual e escolar; AF- Aparência e atributos físicos; AN- Ansiedade; PO- Popularidade; SF- Satisfação felicidade.

Para uma melhor percepção das relações dos comportamentos de risco, no domínio das relações de sexualidade, analisámos as afirmações no que concerne às atividades protegidas ou não. Apenas verificámos que a Intimidade e as Relações Sexuais não se apresentam como independentes entre si, ou seja, existem relações de significância na ordem dos Phi 0,504 e Sig 0,024 (teste de Fisher, sig=0,038).

### 2.2.2- Relações multidimensionais entre os índices de Satisfação com o Suporte Social e Auto-Conceito e os comportamentos de risco do consumo de substâncias e a alimentação

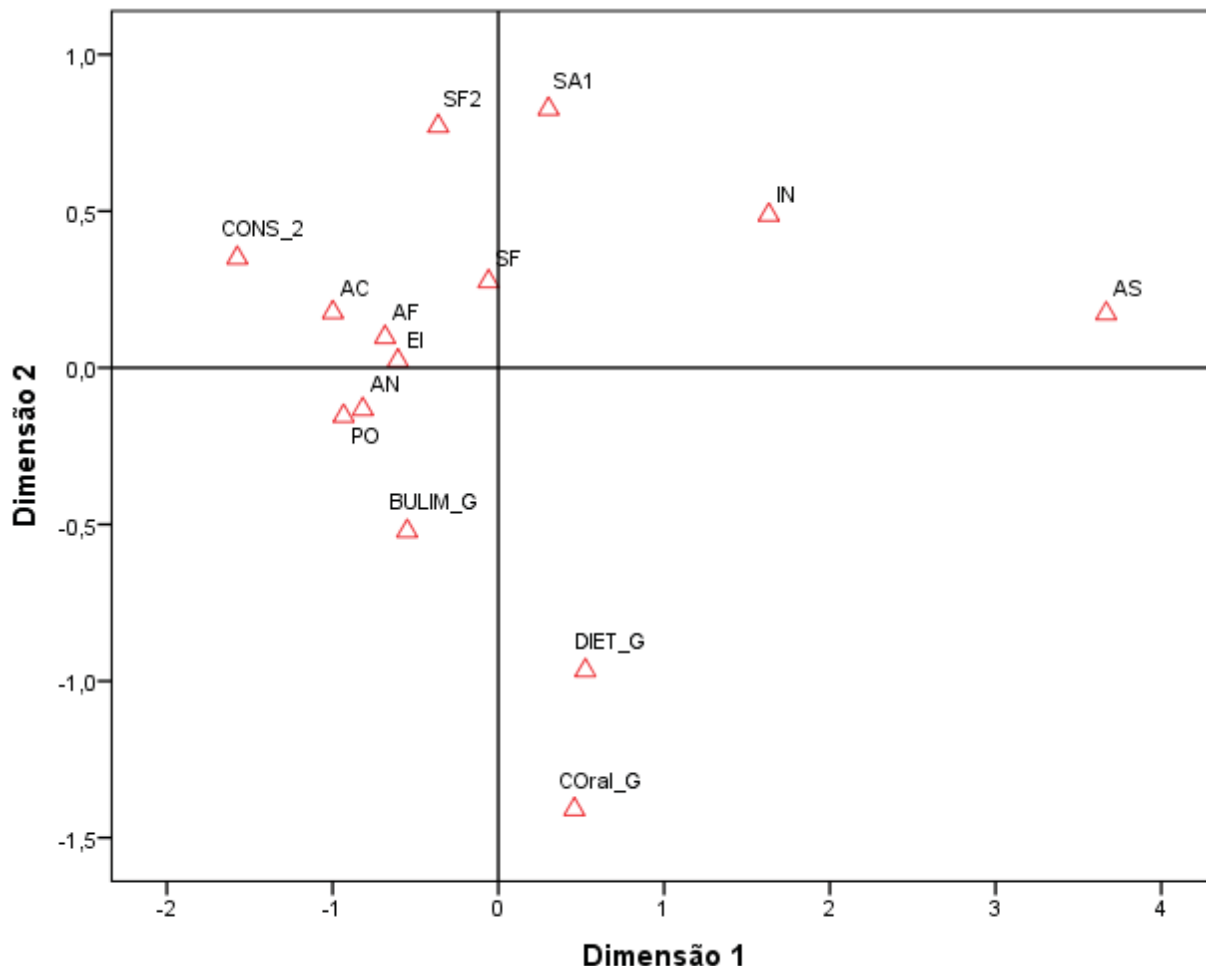
**Quadro 39: Modelo Multidimensional dos índices de Satisfação com o Suporte Social, Auto-Conceito e os comportamentos de risco do consumo de substâncias e a alimentação**

Alscal Procedure Options				
Data Options			Model Option	
<i>Number of Rows (Observations/Matrix). 14</i> <i>Number of Columns (Variables) . . . 14</i> <i>Number of Matrices . . . . . 1</i> <i>Measurement Level . . . . . Interval</i> <i>Data Matrix Shape . . . . . Symmetric</i> <i>Type . . . . . Dissimilarity</i>			<i>Model . . . . . Euclid</i> <i>Maximum Dimensionality . . . . . 2</i> <i>Minimum Dimensionality . . . . . 2</i>	
Young's S-stress formula			Stress and squared correlation (RSQ) in distances	
Iteration	S-stress	Improvement	For matrix	
1	0,08585		Stress	RSQ
2	0,06740	0,01845	0,09199	0,97555
3	0,06722	0,00018		
Stimulus Coordinates				
Stimulus		Dimension		
Number	Name	1	2	
1	SA1	,3027	<b>,8260</b>	
2	IN	<b>1,6317</b>	,4885	
3	SF2	-,3625	<b>,7714</b>	
4	AS	<b>3,6677</b>	,1734	
5	AC	<b>-,9982</b>	,1769	
6	EI	<b>-,6059</b>	,0229	
7	AF	<b>-,6833</b>	,0977	
8	AN	<b>-,8179</b>	-,1326	
9	PO	<b>-,9333</b>	-,1538	
10	SF	-,0596	<b>,2757</b>	
11	CONS_2	<b>-1,5753</b>	,3504	
12	DIET_G	,5253	<b>-,9659</b>	
13	BULIM_G	<b>-,5502</b>	-,5211	
14	COraL_G	,4586	<b>-1,4094</b>	

Nota: Índices - SA- Satisfação com amigos; IN- intimidade; SF2- satisfação com família; AS - Atividades sociais; AC - Aspeto Comportamental; EI- Estatuto intelectual e escolar; AF- Aparência e atributos físicos;

AN- Ansiedade; PO- Popularidade; SF- Satisfação felicidade; CONS\_2- consume de substâncias; DIET\_G- Dieta; BULIM\_G- Bulimia e preocupação com a comida; CORAL\_G- Controlo oral

**Gráfico 5: Modelo de Perceção Multidimensional dos índices de Satisfação com o Suporte Social, Autoconceito e os comportamentos de risco do consumo de substâncias e a alimentação**



Nota: Índices - SA- Satisfação com amigos; IN- intimidade; SF2- satisfação com família; AS - Atividades sociais; AC - Aspeto Comportamental; EI- Estatuto intelectual e escolar; AF- Aparência e atributos físicos; AN- Ansiedade; PO- Popularidade; SF- Satisfação felicidade; CONS\_2- consume de substâncias; DIET\_G- Dieta; BULIM\_G- Bulimia e preocupação com a comida; CORAL\_G- Controlo oral

Tendo em conta, as limitações descritas nas análises apresentadas anteriormente, procurámos aprofundar a compreensão da perceção dos inquiridos, explorando de forma multivariada as diferentes dimensões. Para o efeito foram reconstruídas as variáveis para serem aplicadas segundo o método de escalonamento de ASCAL disponível na aplicação informática IBM-SPSS utilizada, representando as variáveis como medidas que permitam classificar e representar espacialmente as perceções e as preferências de comportamentos de risco através de uma apresentação gráfica, também conhecida como mapa perceptual, ou

seja, uma imagem relativa à percepção “objetiva” das dimensões. (Hair et al, 1992)

Após o ajustamento dos dados, segundo os critérios de normalização pelo Z-scores e aplicada a opção da distância Euclidiana, obtivemos os resultados da qualidade dos ajustes multidimensionais, reduzidas a duas dimensões (quadro 39), cujo os valores das medidas de *Young's S-stress* e  $R^2$  se mostraram bastante aceitáveis (valores de *stress* abaixo de 20% e  $R^2$  acima de 60% confirmam a qualidade do ajuste. (Hair et al, 1992)

Assim, tendo um valor de *Stress* igual a 0,092 e um  $R^2$  igual a 0,976, extraímos duas dimensões latentes que definem de forma sumária, esse mapa percetual descrito no gráfico 5.

Tendo em consideração as coordenadas dessas dimensões, designamos a dimensão 1 “Representações psicossociais” e dimensão 2 “ Satisfação”.

A dimensão 1 encontra-se mais relacionada com as questões que influenciam os consumos aditivos e comportamentos bulímicos, que são a Intimidade, Atividades Sociais, Aspeto Comportamental, Estatuto Intelectual e Escolar, Aparência e Atributos Físicos, Ansiedade e Popularidade.

A dimensão 2 apresenta-se mais relacionada com questões que influenciam os comportamentos alimentares, nomeadamente, no que se refere, a dietas e controlo oral, que são a Satisfação com as Amizades, Satisfação com a Família e Satisfação e Felicidade.

### 2.2.3- Discriminação das relações multidimensionais entre as dimensões de Satisfação com o Suporte Social e Autoconceito, os comportamentos de risco do consumo de substâncias, a alimentação e as relações sexuais

**Quadro 40: Síntese do modelo de correspondência múltipla das dimensões de Satisfação com o Suporte Social, Autoconceito, os comportamentos de risco do consumo de substâncias, a alimentação, as relações sexuais**

Dimensão	Cronbach's Alpha	Variância		
		Total (Eigenvalue)	Inércia	% da Variância
1	,808	4,060	,271	27,069
2	,587	2,213	,148	14,752
Total		6,273	,418	
Média	,730 <sup>a</sup>	3,137	,209	20,911

Nota: a. Média de Cronbach's Alpha baseada na média do *valor próprio* (Eigenvalue).

**Quadro 41: Medidas de discriminação do modelo de correspondência múltipla**

	Dimensão		Média
	1	2	
Riscos dos Consumos	,377	,015	,196
Relações sexuais	,067	,407	,237
Satisfação com amigos	,007	,276	,142
Intimidade	,009	,600	,304
Satisfação com família	,161	,012	,086
Actividades sociais	,661	,057	,359
Dieta	,396	,015	,205
Bulimia	,763	,001	,382
Controlo Oral	,516	,147	,332
Aspeto comportamental	,000	,301	,150
Estatuto intelectual e escolar	,398	,086	,242
Aparência e atributos físicos	,030	,046	,038
Ansiedade	,371	,101	,236
Popularidade	,245	,064	,155
Satisfação felicidade	,059	,084	,071
sexo <sup>a</sup>	,014	,011	,012
Total ativo	4,060	2,213	3,137
% Variância	27,069	14,752	20,911

Nota: a. sexo- variável suplementar

Obtido o mapa perceptual através das medidas de escalonamento, e identificadas duas dimensões que influenciam fortemente, os comportamentos aditivos e alimentares, qual será a relação destas situações com os comportamentos sexuais?

Considerando, que as relações sexuais são apresentadas como variáveis nominais, procedemos à transformação de todas as dimensões em variáveis da mesma natureza, com vista à exploração da correspondência múltipla entre elas e à identificação das categorias que melhor discriminam os três níveis de comportamento de risco.

Na reconstrução de variáveis, admitiu-se que a categoria 1, representa comportamentos de menor risco (< 50% dos scores) e a categoria 2, representa comportamentos de maior risco

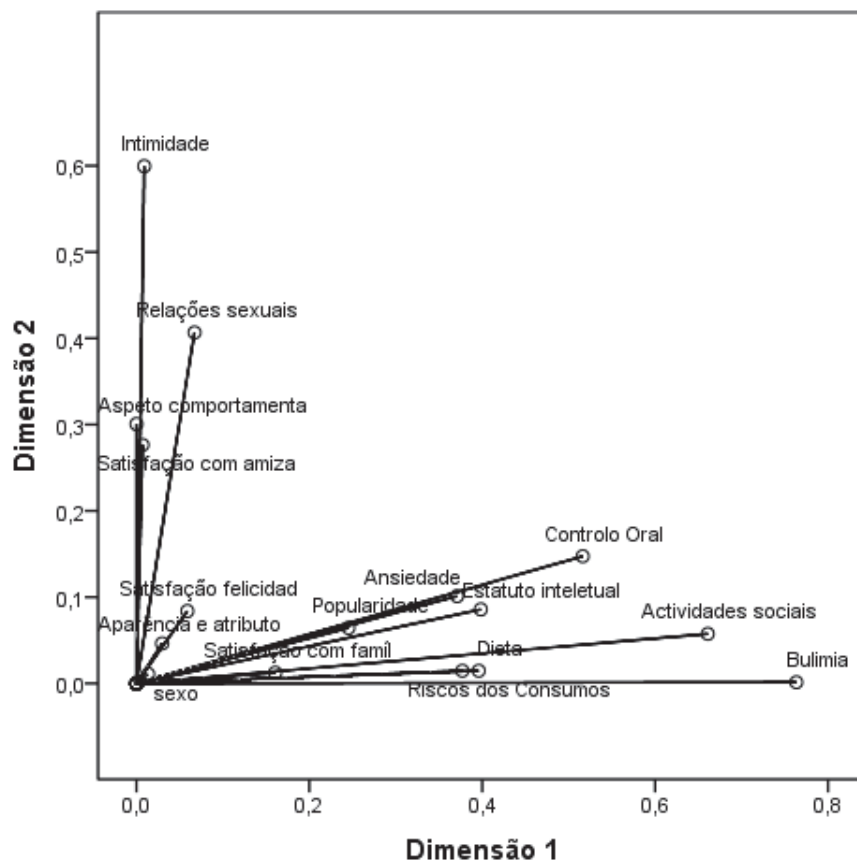


( 50% ou >). Para as outras variáveis (satisfação Suporte Social e Autoconceito) adotamos o mesmo princípio, menor satisfação com o Suporte Social e Autoconceito (< 50% dos scores) e maior satisfação com o Suporte Social e Autoconceito ( 50% ou >). Os procedimentos para a exploração da matriz de dados seguiram de perto, os trabalhos de Helena Carvalho (2008) para a análise das categorias e dos atributos dos n objetos através do SPSS.

Relativamente aos quadros 40 e 41, ilustram os resultados da multidimensionalidade traduzidos em dois dos principais indicadores de qualidade das dimensões: a inércia que lhe está associada ( $D1 = 0,271$  e  $D2 = 0,148$ ). Estes resultados são consistentes como comprovam os valores de *Alpha Cronbach* ( $\alpha D1 = 0,808$ ;  $\alpha D2 = 0,587$ ) e a importância da variância explicada em termos globais é de 41,8%.

Considerando as medidas de discriminação presentes no quadro 41 e projetadas no gráfico 6, somos a considerar que, as situações que melhor discriminam os comportamentos de risco aditivos e alimentares, estão relacionados com as atividades sociais, o estatuto intelectual e escolar e a ansiedade. No que concerne à relações sexuais, a adesão a práticas protegidas ou não, encontram-se mais relacionadas com a satisfação com a amizade, intimidade e aspetos comportamentais.

**Gráfico 6: Medidas de discriminação do modelo de correspondência múltipla**



## 2.8 Discussão dos resultados

O nosso trabalho aspira ser um contributo fundamental para a análise dos comportamentos de risco por parte dos adolescentes com deficiência mental.

Nesta discussão, procuramos retomar os resultados que foram encontrados com base nas respostas de 20 inquiridos, integrando, sempre que possível, a informação teórica e empírica descrita nos capítulos anteriores.

De seguida passaremos à discussão dos objetivos em análise. Relativamente ao primeiro objetivo, no qual expressa avaliar a relação entre as dimensões do suporte social e as do autoconceito do adolescente com deficiência mental ligeira a moderada, sendo claramente evidente nos resultados do estudo a presença de correlações positivas e significativas entre os *Aspetos Sociais e Ansiedade* ( $r=0,48$ ;  $s=0,03$ ), assim como entre os *Aspetos Sociais e Popularidade* ( $r=0,45$ ;  $s=0,05$ ). Em experiências centradas na observação das interações entre crianças com e sem deficiência, Vayer e Roncin (1992) verificaram que as crianças mostram tendência em se aproximar de outras semelhantes a elas. O nível de interação entre os dois grupos, diminui quando a complexidade das atividades aumenta. Porém, as crianças normais adotam atitudes mais favoráveis para com as outras, o que ajuda o desenvolvimento das capacidades sociais da criança com deficiência. Isto verifica-se tanto em relação a crianças com atrasos motores como aquelas com atrasos cognitivos.

Outro estudo dos mesmos autores mostrou que a aceitação da diferença é maior nas crianças que já tinham algum contacto anterior com colegas deficientes. Esta investigação revelou ainda que a inclusão de ambos os grupos de crianças na educação pré-escolar facilita não só o desenvolvimento das crianças com deficiência mas também o das outras normais. Em suma, «o facto de colocar as crianças deficientes com as outras crianças é sempre favorável ao desenvolvimento dos sujeitos desfavorecidos e jamais é negativo para os normais» (Vayer & Roncin, 1992).

No que concerne ao segundo objetivo, este pretendia identificar os comportamentos de risco dos adolescentes em estudo. Os resultados do estudo, não nos permitem assegurar a presença de exageradas opções e/ou preferências inadequadas de comportamentos alimentares, não obstante ambos os sexos afirmarem que gostam de experimentar comidas novas e saborosas (*mean rank*: 10,73), ou que ficam apavorados(as) com o excesso de peso (*mean rank*: 8,1) e ou que se manifestam preocupações com a ideia de terem gordura nos seus corpos (*mean rank*: 7,88). Por outras palavras, o fenómeno da bulimia não está claramente presente no grupo estudado, sendo apenas evidente um quadro percetual sobre

a dieta em que valorizam novas experiências nos seus regimes alimentares que, naturalmente, importa “vigiar” e promover ações preventivas para evitar a génese de comportamentos alimentares desviantes. Quanto ao consumo de substâncias, há apenas a registar que a grande maioria nunca consumiram bebidas alcoólicas, nem fumaram cigarros e/ou substâncias como cannabis, marijuana, erva ou haxixe. Apenas uma pequena franja afirma beber e fumar com regularidade, e que iniciaram os consumos através da curiosidade sobre o assunto e/ou tema. No que concerne à sexualidade, apenas 8 dos adolescentes inquiridos iniciaram a sua vida sexual, e desses 8, 2 deles adotaram comportamento de risco, numa relação desprotegida. Em todo o caso, somos a considerar que é igualmente importante promover ações preventivas que permitam contribuir para o reforço das habilidades e competências, um maior responsabilidade de responsabilidade no exercício duma sexualidade a mais satisfatória e protegida. O estudo qualitativo de Simões *et al* (2010) realizado apenas com adolescentes com NEE, revela que os adolescentes com NEE referem interesses, necessidades e problemas apontados como comuns durante esta etapa da vida. Concretamente, no campo dos comportamentos associados à saúde, verificou-se que ao nível da alimentação, consumo de substâncias, tempos livres, sexualidade e sintomas psicológicos as questões levantadas envolvem de um modo geral uma alimentação pouco equilibrada, a experimentação de substâncias, envolvimento em comportamentos de bullying, o preenchimento dos tempos livres com atividades sedentárias, como ver televisão e jogar computador, problemas emocionais e problemas com a imagem do corpo, e a iniciação da atividade sexual. Estes resultados contraíram os nossos, possivelmente por a nossa amostra não ser representativa, sendo só composta por 20 sujeitos.

Como terceiro objetivo, pretendíamos identificar a conotação (positiva ou negativa) de autoconceito nos adolescentes com deficiência mental ligeira a moderada, no contexto em estudo (Beja). Conseguimos reinterpretar dos resultados obtidos no estudo a indicação da importância da satisfação e felicidade pessoal no seio dos adolescentes com deficiência mental ligeira a moderada em estudo, oferecendo-nos uma clara perceção de que os inquiridos de ambos os sexos valorizam a si próprios por serem a pessoa como é, ou seja, a presença duma conotação positiva de autoconceito (60 – “Sou uma boa pessoa”; 2 – “Sou uma pessoa feliz”; 24 – “Sou capaz de dar uma boa impressão perante a turma”).

A conotação negativa do autoconceito está mais situada no plano dos aspetos comportamentais, em particular na relação do adolescente inquirido com a família (14-

“Crio problemas à minha família”) e na dimensão da popularidade (1-“Os meus colegas de turma troçam de mim”; 32-“Sinto-me posto de parte”). Segundo o estudo de Simões *et al* (2010) foi possível verificar o efeito moderador do autoconceito na relação entre os acontecimentos de vida negativos e o bem-estar global. O efeito principal do autoconceito mostrou que existem diferenças ao nível do bem-estar global em função do autoconceito: os adolescentes com níveis mais elevados do autoconceito apresentaram valores mais elevados de bem-estar comparativamente com os adolescentes que referiram níveis mais baixos do autoconceito.

A constatação desta conotação negativa vem reforçar a importância do investimento em ações preventivas que possam contribuir a melhoria das relações dos inquiridos junto das suas famílias e no ambiente escolar e/ou académico.

O quarto objetivo pretendeu identificar a matriz multidimensional percetiva dos comportamentos de risco com o suporte social e o autoconceito. Os resultados do estudo permitem-nos afirmar que existe um perfil singular nas relações de multidimensionalidade entre as diferentes dimensões do suporte social, o autoconceito e os comportamentos de risco. Através do método do escalonamento demonstrámos a presença de duas dimensões bastante relevantes na matriz de perceção dos adolescentes em estudo ( $Stress = 0,092$ ;  $R^2 = 0,976$ ): a) *Dimensão 1*, mais relacionada com as questões que influenciam os consumos aditivos e comportamentos bulímicos, que são: Intimidade, Atividades Sociais, Aspeto Comportamental, Estatuto Intelectual e Escolar, Aparência e Atributos Físicos, Ansiedade e Popularidade; b) *Dimensão 2* que se apresenta mais relacionada com questões que influencia os comportamentos alimentares, nomeadamente, no que se refere, a dietas e controlo oral, que são: Satisfação com as Amizades, Satisfação com a Família e Satisfação e Felicidade.

Através da análise de correspondência múltipla obtivemos a confirmação das singularidades das relações ( $\alpha D1 = 0,808$ ;  $\alpha D2 = 0,587$ ; qualidade  $D1 = 0,271$  e  $D2 = 0,148$ ), cujos resultados permitiram-nos discriminar com maior rigor de que as situações que melhor discriminam os comportamentos de risco aditivos e alimentares estão relacionados com as atividades sociais, o estatuto intelectual e escolar e a ansiedade. A propósito de dieta, French, Perry, Leon, e Fulkerson (1995-a) verificaram que as raparigas que tinham hábitos restritivos apresentavam índices de massa corporal (IMC) significativamente mais elevados, maior insatisfação com o corpo, consumiam bebidas alcoólicas e fumavam com mais frequência do que aquelas que não faziam dieta. Usavam,

ainda, mais frequentemente procedimentos como provocar o vômito e tomar medicamentos para reduzir o apetite. Distinguiam-se, também, das jovens que não faziam dieta, em diversos fatores que traduziam inadaptação e apresentavam um autoconceito mais pobre. Os autores sugerem que as jovens que se envolvem frequentemente em dietas restritivas apresentam risco de patologias do comportamento alimentar, de alcoolismo e de tabagismo. Ainda segundo os mesmos investigadores, um autoconceito pobre poderá estar relacionado com maior predisposição para iniciar a dieta. Fazer dieta restritiva parece, assim, traduzir um padrão de comportamentos não-saudáveis a incluir entre outros comportamentos característicos de grupos de adolescentes de risco (French Perry, Leon, & Fulkerson, 1995b).

Os resultados da análise de correspondência múltipla permitiram-nos ainda discriminar melhor a ideia de que as relações sexuais, em particular a adesão a práticas protegidas ou não encontram-se mais relacionadas com a satisfação com a amizade, intimidade e aspetos comportamentais. Atendendo a uma tendência segregadora e estando os interesses dos jovens com NEE, relacionados com assexualidade presentes, desde o começo da vida (sabendo-se que as experiências da infância influenciam poderosamente a vida adulta), a procura de contato e as manifestações sexuais, traduzem, muitas vezes, um apelo ao contacto interpessoal (Pimpão, 2004), a que subjaz o facto da vivência da sexualidade estar muito mediatizada pela necessidade de afeto e de estima. Por outro lado, a frágil resiliência inerente à sua condição deficitária associada à debilidade dos seus interesses e à insuficiência do seu campo mental, coloca a pessoa mais desarmada frente às solicitações e aos abusos de que pode ser objeto (Pimpão, 2004).

Por último pretende-se elaborar um projeto de intervenção direcionado para o grupo em estudo. Os resultados do estudo sugerem a importância da necessidade dum projeto no campo da intervenção preventiva face aos comportamentos de risco e que permita reforçar positivamente as competências pessoais e sociais dos 20 adolescentes de Beja com deficiência mental ligeira a moderada.

### **3 - PROJETO DE INTERVENÇÃO**

#### **3.1 Enquadramento do Projeto de Intervenção**

A metodologia em questão, é Investigação-Ação, ou seja, é um processo reflexivo que caracteriza uma investigação numa determinada área problemática cuja prática se deseja aperfeiçoar. Esta prática define primeiramente o problema, para posteriormente especificar um plano de ação.

O projeto que propomos desenvolver é um projeto de intervenção que será implementado junto dos sujeitos, que evidenciaram mais apreensão e que poderão desenvolver futuramente, comportamentos de risco, fortalecendo assim, as suas competências pessoais e sociais.

O “Eu e os Outros”, enquanto instrumento de intervenção preventiva, foi estruturado com base num conjunto integrado de modelos teóricos. Por um lado o modelo de influência social, inspirado na teoria da aprendizagem social, ou seja a criança observa o adulto e começa a imitar o que o adulto faz, deste modo aprende a fazer algo que não sabia anteriormente. Os teóricos da aprendizagem social, afirmam que a imitação pode ocorrer mesmo sem o observador copiar as ações do modelo na altura em que os observa e mesmo sem receber uma recompensa (aprendizagem sem reforço) (Gleitman, 2002).

A segunda corrente de influência é denominada pelo OEDT no Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK) de Modelo Compreensivo/Social. Que dá grande ênfase aos processos de socialização que envolvem o indivíduo. Tem a particularidade de atribuir uma forte importância aos fatores de risco e de proteção no desenvolvimento de comportamentos aditivos, orientando-se em função destes na estruturação das suas intervenções. A terceira corrente de influência proposta, denominada cognitiva/informativa, baseia-se na ideia de que os indivíduos se comportam em função do seu conhecimento, das suas crenças e de normas subjetivas. Os comportamentos resultam de um equilíbrio entre o conhecimento que o indivíduo tem sobre as substâncias, os seus efeitos e a forma como ele percebe as normas sociais vigentes face à utilização dessas substâncias.

Deste modo, se estiverem informados sobre as consequências negativas de determinado comportamento deverão, racionalmente, fazer opções comportamentais no sentido de o alterar. A compreensão do risco de doença e a noção do benefício do comportamento de

evitamento constituem os principais fatores para o desenvolvimento de uma atitude saudável. Segundo esta corrente, a ação é regida por valores pessoais e pelas normas sociais tendo a intenção um papel preditor para o comportamento. A quarta corrente de influência teórica é oriunda dos campos da promoção da saúde e o seu contributo preventivo reside na noção alargada que o conceito de saúde adquire. Assume-se como uma abordagem genérica uma vez que cria uma base para qualquer tipo de intervenção mais específica. Finalmente, um último modelo de referência é o construtivista, segundo o qual a sociedade está estruturada por um conjunto de significados que servem de matriz para os sujeitos se interpretarem a si e aos outros.

Na base do projeto tivemos de ter em conta os dados empíricos obtidos no estudo e que apontam para a importância dos recursos externos (família, pares, escola, comunidade) e dos recursos internos (competências pessoais e sociais) como fatores de proteção para o bem-estar dos adolescentes com NEE.

O programa que propomos desenvolver com os adolescentes inquiridos, centra-se na promoção de competências pessoais e sociais determinantes para autonomia, e socialização dos jovens com NEE.



## 3.2 Proposta do Projeto de Intervenção: Projeto “Eu e os Outros”

O Projeto “Eu e os Outros” foi estruturado por uma equipa técnica ligada à Linha Vida SOS Droga e surge integrado no desenvolvimento do site juvenil “Tu Alinhas?”. Este projeto tem por objetivo genérico promover a reflexão em grupo sobre temas do desenvolvimento ligados à adolescência, criando uma dinâmica de grupo geradora de crescimento pessoal e social. Constitui-se como um instrumento promotor de processos de tomada de decisão, confrontação no seio do grupo e exploração de informação dirigido a grupos de jovens entre os 10 e os 18 anos. Tem por base 8 histórias em suporte eletrónico, cada uma delas abordando temas ligados ao desenvolvimento pessoal e social. Aquando a sua aplicação, podemos optar por trabalhar uma única história ou só algumas, consoante a problemática/interesse do grupo e para o grupo.

Este projeto é de fácil manipulação, é flexível e pode ser adaptado à população por nós estudada (adolescentes com NEE), adaptando a linguagem, para que se torne o mais perceptível possível.

Os jogadores têm por objetivo de jogo conduzirem um grupo de personagens, mediante um conjunto de decisões partilhadas, na resolução de problemas do dia-a-dia.

A primeira história “Cresce e Aparece”, pode ser aplicada aos diferentes níveis etários do grupo indo ao encontro de aspetos relacionadas com o crescimento. Nesta história em que a personagem principal é o Jamal, são exploradas questões sobre o corpo e a estética, a liberdade em função da idade, o retraimento social, os interesses diferenciados e os mitos associados ao estatuto de ser crescido. No plano das substâncias psicoativas é abordado o recurso aos anorexígenos para a perda de peso, bem como o álcool como substância associada a um estatuto de gente crescida.

A segunda história “Amizade”, desenvolve-se em torno do tema da amizade explorando, a partir da perspetiva da Maria, questões ligadas ao processo de integração social, aos estereótipos, às culturas juvenis, à vivência do conflito e à gestão do segredo ... No plano das substâncias psicoativas é explorado o recurso ao haxixe como fator de integração no grupo, sendo abordada a perceção de normalidade deste tipo de consumo.

A terceira história “Escola”, desenvolve-se em torno do contexto escola, incidindo sobre o tema do bullying. A personagem central é o Emanuel, tendo a Alice como personagem secundária. A substância psicoativa trabalhada é o tabaco, e reflete-se sobre temas como a

prevenção, a pressão de pares, a gestão do segredo, a confiança, a relação com adultos de referência entre outros.

A quarta história “Família” tem por base questões da família, abordando questões como as regras e rituais, diferenciação de papéis, medos e expectativas. Mas aborda também a fidelidade entre amigos e o abandono escolar. A personagem principal é o João e no plano das substâncias psicoativas é explorada a heroína.

A quinta história “Amores e Desamores” centra-se nas questões associadas aos amores e paixões, abordando questões como diferentes níveis de profundidade de uma relação afetiva, os ciúmes e a dependência, a violência dentro dos casais e algumas questões ligadas à sexualidade. A personagem principal é a Catarina e retoma-se a abordagem ao álcool desta vez numa perspetiva mais focada nos seus efeitos.

A sexta história “Drogas e Lei” aborda as questões ligadas às drogas e a lei, desenvolvendo aspetos como o enquadramento legal das substâncias, o funcionamento das Comissões de Dissuasão, a articulação entre as estruturas no terreno nomeadamente a Polícia (Escola Segura) a Educação (Escola) e a Saúde (Consultas para adolescentes). A personagem principal desta história é o Botekas e faz uma abordagem transversal das diferentes substâncias psicoativas.

A sétima história “A Diversão” desenvolve-se em torno da vivência dos espaços recreativos noturnos e os estereótipos ligados aos mundos da droga e da moda, tendo por personagem central a Sabrina. As substâncias que serão abordadas nesta história são o ecstasy, a cocaína.

Por último, a oitava história aborda o tema do Futuro desenrolando-se em torno das preocupações com os projetos de vida, as dificuldades antecipadas, o medo de não corresponder às exigências numa conjugação que pode conduzir à ideação suicida. A personagem central desta história é a Alice e as substâncias que serão trabalhadas são os fármacos antidepressivos e os Alucinogénios. ([www.tu-alinhas.pt](http://www.tu-alinhas.pt))

#### **Objetivo geral:**

- Promover o conhecimento sobre diversos temas sobre a adolescência
- Desenvolver tomada de decisão assertiva e exploração das suas consequências
- Promover a exploração da individualidade

**Objetivos específicos:**

- Falar sobre si próprio;
- Debater questões de imagem, sexualidade, alimentação saudável e consumos aditivos;
- Potenciar a autoestima e autoconsciência de si.

**Profissionais envolvidos na dinamização e liderança do projeto:** Docente do Ensino Especial e Psicólogo(a) do Agrupamento

**Público-alvo:** Participantes no estudo (Adolescentes com deficiência mental ligeira e moderada)

**Recursos:** Folhas de presença, consumíveis (folhas brancas e canetas), Computador, Data Show e Internet e Biblioteca (pesquisa)

**Planificação da intervenção/ Desenvolvimento sucinto das atividades a propor:**

Cada história poderá ser trabalhada, num tempo mínimo de 7 sessões de 45 a 90 minutos. Cada sessão é desenhada pelo “tempo de aquecimento” – onde fazemos o ponto da situação do que foi falado na sessão anterior; o “tempo de jogo” e o “tempo de reflexão” – o que aconteceu? Organização de informação.

As histórias estão organizadas por parágrafos, no final dos quais os jogadores, assumindo o papel do personagem principal, são confrontados com várias opções, das quais podem escolher apenas uma. Poder-se-á recorrer a dinâmicas de grupo como forma de aquecer ou preparar o grupo para o jogo ou como forma de reforçar alguma temática emergente a partir do mesmo.

**Avaliação do Projeto:** (como vai ser realizado ao longo da intervenção e no final).

Ao longo das sessões será preenchida uma ficha de aplicação – Ficha genérica na qual os aplicadores vão anotando os dados quantitativos das diversas sessões – o número da sessão, aplicadores, o número de jogadores que estiveram presentes, os temas ou dinâmicas desenvolvidas – e onde é feita uma avaliação simples de satisfação – grau de participação dos jogadores, grau de concordância da intervenção com o planeamento prévio e nível de desempenho do aplicador. Funciona como um sumário do percurso de aplicação. (a utilizar no final de cada sessão). Sendo uma ficha que permite a leitura imediata das várias sessões

efetuadas, fornece ao aplicador uma noção global da evolução do processo. No final do programa será aplicado individualmente, um questionário de avaliação, que permite a recolha de informação sobre a satisfação dos formandos, sobre a formação recebida em termos de estrutura, conteúdos, metodologia, relação estabelecida é através deste questionário que o aplicador terá feedback do grau de eficácia da formação e do sentimento de aptidão para o desenvolvimento do projeto.

#### Cronograma

<b>Ação</b>	<b>Out 14</b>	<b>Nov 14</b>	<b>Dez 14</b>	<b>Jan 15</b>	<b>Fev 15</b>	<b>Mar 15</b>	<b>Abr 15</b>
<b>História “Cresce e Aparece”</b>	2x						
<b>História “Cresce e Aparece”</b>		2x					
<b>História “Cresce e Aparece”</b>			2x				
<b>História “Cresce e Aparece”</b>				1x			
<b>História “Amores e Desamores”</b>				1x			
<b>História “Amores e Desamores”</b>					2x		
<b>História “Amores e Desamores”</b>						2x	
<b>História “Amores e Desamores”</b>							2x

## CONCLUSÃO

A fase da adolescência, pelo potencial de mudanças que encerra, tem-se tornado num vasto campo de investigações. É na adolescência que ocorre uma parte importante da reorganização do sentido de identidade, envolvendo os aspetos do desenvolvimento das relações.

Na atualidade, o desenvolvimento de comportamentos de risco e a satisfação com o suporte social existente em adolescentes, bem como o seu autoconceito, são aspetos que se revestem de extrema importância no âmbito da investigação sobre a adolescência, principalmente, em adolescentes com necessidades educativas especiais.

É de igual importância que os adolescentes com necessidades educativas especiais, sejam inseridos desde cedo, em grupos da mesma faixa etária, em que se promova atividades físicas em oposição às atividades sedentárias e solitárias, em que se enalteça o sentimento de pertença, valorização do próprio em oposição da asseveração das suas limitações, para que no futuro consigam ter uma vida adulta ativa.

Neste sentido, este trabalho pretendeu ser um contributo para a reflexão e compreensão destes aspetos, tão importantes para o desenvolvimento saudável dos adolescentes.

A avaliação destes conceitos em populações adolescentes, pode ter um importante valor preditivo no seu desenvolvimento psicossocial, pois são preciosas ferramentas, para a prevenção/promoção de comportamentos e competências mais assertivos.

Foi neste sentido, e através de várias leituras que surgiu um interesse geral por esta problemática, visto que se pretende dar continuidade ao estudo elaborado pelo autor, no âmbito da sua tese de licenciatura, neste caso concreto explorando outras variáveis e com uma população diferente.

Ao longo de todo este trabalho foram surgindo algumas limitações, pelo que começamos por referir o instrumento utilizado, neste sentido julgamos que era de fácil perceção, contudo por ser um pouco repetitivo, recaíram sobre o mesmo algumas reclamações, e não foi tão linear a sua análise. No âmbito da revisão bibliográfica realizada, verificámos uma falta de estudos realizados em Portugal sobre esta temática, situação que poderá ser considerada uma limitação, pois foi muito difícil encontrar estudos onde tivessem aferidos semelhantes dimensões e as variáveis por nós propostas.

Não obstante as limitações e as dificuldades encontradas para alcançar uma recolha de dados coerente e consistente, os resultados do estudo permitem-nos dizer que alcançámos

os objetivos propostos, ou seja, conseguimos conhecer uma certa relação entre a adoção de comportamentos de risco num grupo de 20 adolescentes de Beja com deficiência mental e o seu autoconceito e suporte social, com resultados semelhantes entre os do sexo masculino e feminino, tomando como pano de fundo a aplicação cruzada e articulada das perspetivas e medidas presentes na Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS (Ribeiro, 1999), na Escala de Autoconceito de «Piers-Harris Children`s self-concept scale» - PHCSCS (Piers e Hertzberg, 2002), e na adaptação do ESPAD – *European School Survey on Alcohol and Other Drugs* (CAN, 1995-2011), Escala avaliação do Comportamento Sexual (Adaptação de Brás, M. 2008; Brás, F. 2012), e EAT-26 (Versão portuguesa de Tapadinhas, 2011).

Em jeito de conclusão, podemos referir que, apesar de termos efetuado o estudo junto dum pequeno grupo de 20 adolescentes, os nossos resultados estão em linha com alguns estudos e perspetivas entre as quais as de Griffins, Scheiier, Borvin, Diaz & Miller (1999), Steinberg, Dornbusch & Brown (1999), cit. por Gaspar *et al.*, (2006). Por outras palavras, colocamos em evidência no estudo realizado, que existe uma variedade de fatores que podem influenciar os comportamentos de risco, sendo de destacar a supervisão e a comunicação parental, o sentimento de apoio pelos colegas e professores, e o suporte social percebido, o envolvimento escolar e as expectativas futuras.

Consideramos que este estudo assume alguma relevância, na medida em que os seus resultados contribuíram, não só para uma melhor compreensão da influência dos diferentes fatores estudados na adoção de comportamentos risco por parte de adolescentes com deficiência mental ligeira a moderada, mas sobretudo, porque trouxeram novas informações recolhidas junto dos próprios jovens adolescentes, de elevada relevância para fundamentar um posterior proposta de intervenção preventiva ao nível de um programa de competências pessoais e sociais, mais focalizado nas necessidades sentidas pelos próprios adolescentes.

Tomamos ainda a liberdade de sugerir a realização de estudos futuros em pelo menos dois níveis a saber. Um com enfoque no seguimento e aprofundamento do presente, para completar o ciclo do modelo de investigação-ação, ou seja, que monitore, acompanhe, avalie e reflita sobre os resultados da aplicação do projeto de ação interventiva descrita na parte 3 do presente trabalho. Num outro ângulo, será igualmente relevante e interessante aplicar o desenho do presente estudo a uma amostra mais alargada, quer para confirmar e subscrever os resultados evidenciados nas relações de multidimensionalidade entre as diferentes dimensões do suporte social, o autoconceito e os comportamentos de risco.

A preocupação com os comportamentos de risco em adolescentes com deficiência e dotar as pessoas com deficiência de mais e melhores competências e habilidades não é uma mera vontade de utopia generosa da nossa parte. É um desígnio e um imperativo inscrito na Convenção para os Direitos das Pessoas com Deficiência, que tem em vista o reforço das condições de participação e de integração destas pessoas na sociedade, e de bem-estar em geral, como um princípio fundamental da inclusão social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.

Almeida, J. (1987). *Adolescência e Maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.<sup>a</sup> ed., texto revisto, J. N. Almeida, trad.). Lisboa: Climepsi Editores

Bastos, O. & Deslandes, S. (2005). Sexualidade e o adolescente com deficiência mental: uma revisão bibliográfica. *Ciência & saúde coletiva*. 10(2), 389-397.

Bernardo, R., & Matos, M. (2003). Adaptação portuguesa do physical self-perception profile for children and youth e do perceived importance profile for children and youth. *Análise Psicológica*, 21, 127-144.

Bloss, P. (1985). A adolescência, uma interpretação psicanalítica. São Paulo: Fontes Editora.

Braconnier, A. (2003). O guia da adolescência. 2.º Vol. (trad. de T. A. Correia). Lisboa: Prefácio.

Brás, M. (2012). *“Sexualidade na Adolescência: Análise da Perspetiva do Adolescente Face à Sexualidade”*. Tese de Mestrado, Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.

Carvalho, H. (2008). *Análise multivariada de dados qualitativos – Utilização da Análise de correspondências múltiplas com o SPSS*. 1.<sup>a</sup>Ed. Lisboa: Edições Sílabo.

Cavaco, P. (2003). *Estudo das relações existentes entre o auto-conceito académico e orientações motivacionais em alunos com sucesso e insucesso escolar*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Educacional. Beja: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.



Claudino, A. & Borges, M. (2002). *Crítérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução*. Revista Brasileira Psiquiatria, 24 (3), 7-12.

Correia, M. L. (1994). Autopercepção e auto-estima em crianças com repetência no 1º Ciclo do Ensino Obrigatório - Contributo para a revisão crítica do tema. Psicologia, IX (2), 391-402.

Correia, L. M.; Rodrigues, A. (1997). *Adaptações Curriculares para Alunos com NEE*. In L. M. Correia (Org.), Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares (pp. 104-1141). Porto: Porto Editora.

Correia, M. (1999). *Estudo da opinião sobre um serviço de saúde no trabalho: perspectiva de enfermagem hospitalar*. (Monografia de Licenciatura em Enfermagem). Portalegre: Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.

Costa, A. Bénard et al. (1998), *Transição para a Vida Adulta: Jovens com Necessidades Educativas Especiais*. Coleção Apoios Educativos. Lisboa: Ministério da Educação

Deus, A. A., & Silva, A. S. (2005). Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: Estudo comparativo. *Análise Psicológica*, 2 (23), 151-172.

Faria, L.; & Figueiredo, H. (2000). *Autoconceito e sucesso escolar em alunos com necessidades educativas especiais*. Em: V Congresso Galego-Portugués de Psicopedagogía Actas (comunicacións e posters). V Congresso Galaico-Portugues de Psicopedagogia - Coruña & Santiago de Compostela, 20-23 de Setembro de 2000.nº 4 (vol. 6)

Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 23, 361-371.

Fortin, Marie-Fabienne (1999). O processo de investigação: Da concepção à realização. Loures: Lusociência.

French, S., Perry, C., Leon, G., & Fulkerson, J. (1995-a). Dieting behaviors and weight

change history in female adolescents. *Health Psychology*, 14, 548-555.

French, S., Perry, C., Leon, G., & Fulkerson, J. (1995-b). Changes in psychological variables and health behaviors by dieting status over a three-year period in a cohort of adolescent females. *Journal of Adolescent Health*, 16, 438-447.

Garner, D.M.; Olmsted, M.P.; Bohr, Y. & Garfinkel, P.E. (1982) The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 12, 871-878.

Gaspar, T., Gonçalves, A., Ramos, V. & Matos, M. (2006). Desvantagem socio-económica, etnicidade e consumo de álcool na adolescência. *Análise Psicológica*, 24, 495-508.

Gleitman, H. (2002) *Psicologia*. (5.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Gonçalves, O. (2002). *Relação entre rendimento escolar, comportamentos não saudáveis e dimensões do funcionamento intrapessoal em alunos do ensino secundário vinculados a diferentes filiações culturais*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real

Gonçalves, J. ; Moreira, E.; Trindade, E.& Fiates, G. (2013). *Transtornos alimentares na infância e na adolescência*. Revista Paulista Pediatria. 31(1), 96-103

Góngora, J. (1996). *Familias com Personas Discapacitadas: Características y Fórmulas de Intervención*. Barcelona. Ed. Paidós.

Guimarães, R. (2009). *Programa de intervenção na deficiência mental: promoção cognitiva, social e sexual*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Hair, J.; Anderson, R. Tatham, R. & Black, W. (1992). *Multivariate Data Analysis with Readings*. Oxford: Maxwell Macmilan International.

Haley, J. (1991). Leaving home: *Quand le jeune adulte quitte as famille*. Paris: ESF.

Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Edições de Saúde.

IPDT – Instituto Português da Toxicodependência (1999). *Informação geral para a prevenção das toxicodependências*. IPDT: Delegação Regional do Algarve.

Kumpfer, K. L. (1998) Selective Preventive Interventions: The Strengthening Families Program In Ashery, R. S., Robertson, E.B. & Kumpfer, K. L. *Drugs Abuse Prevention Through Family Interventions*. U.S. Department of Health and Human Services, Nacional Institutes of Health, National Instituite on Drug Abuse: NIDA, Research Monograph.

Lieberman, M., Gauvin, L., Bukowski, W. M., & White, D. R. (2001). Interpersonal influence and disordered eating behaviors in adolescent girls- The role of peer modeling, social reinforcement and body-related teasing. *Eating Behaviors*, 2, 215-236.

Lopes, M. (2000). Hepatite B e Adolescência – 2º Curso de Estudos Superiores especializados em Saúde na Comunidade/Saúde no Trabalho. Portalegre.

Martins, M. J. (2005). Condutas agressivas na adolescência: Factores de risco e de protecção. *Análise Psicológica*, 23, 129-135.

Máximo-Esteves, L. (2008). Visão Panorâmica da Investigação-Ação. Porto: Porto Editora

Mccabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2003). Sociocultural Influences on body image changes among adolescent boys and girls. *The Journal of Social Psychology*, 143, 5-26.

Monteiro, M. & Santos, M. (1997). *Psicologia*. Porto: Porto Editora

OMS - Organização Mundial de Saúde (1980). International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification Relating to the Consequences of

Disease.(Tradução Portuguesa do Secretariado Nacional de Reabilitação, Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens. (1989). Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.).

OMS – Organização Mundial de Saúde (1997). *Saúde para todos no Século XXI – Política de saúde para a Europa*. OMS: Delegação Regional para a Europa.

Peixoto, F. (1998). Auto-conceito(s), auto-estima e resultados escolares: A influência da repetência no(s) auto-conceitos(s) e na auto-estima de adolescentes. In M. A. Martins (Ed). *Actas do X colóquio de Psicologia e Educação* ( pp. 51-69)

Pestana, M. Gageiro, J. (1998). *A análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. 1.<sup>a</sup> Ed. Lisboa: Edições Sílabo.

Pimpão, L. (2004). Identidade e Sexualidade na Pessoa com Debilidade. Tese de Mestrado. Lisboa: ISPA-Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pinto, C. (2011). *Obesidade Na Adolescência: Um estudo sobre causas e hábitos alimentares*. (Monografia de licenciatura de Nutrição). Departamento de ciências da vida- Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Brasil

Powell, T. ; Ogle, P. (1991). *El Niño Especial: El Papel de los Hermanos en su Educación*. Barcelona: Editorial Norma.

Presidência De Concelho De Ministros & Projecto Vida (1999). *Estratégia nacional de luta contra a droga*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda

Quiles, M. J. & Espada, J. (2007). Educar para a auto-estima – Propostas para a escola e para o tempo livre. Mem-Martins: K Editora Lda.

Rey, A. (1980). *Retraso Mental y Primeiros Exercicios*. Madrid: Educative Editorial.

Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto: Edições

Afrontamento.

Ribeiro, J.L. (1994). A psicologia da saúde, saúde e doença. In: T.McIntyre (Edt.). *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp33-54). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 547- 558.

Rodgers, R. F., Paxton, S. J., & Chabrol, H. (2009). Effects of Parental Comments on Body Dissatisfaction and eating disturbance in young adults: A sociocultural model. *Body Image*, 6, 171-177.

Rosa, A. & Gomes, J. (2000). *Toxicodependência, arte de cuidar*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.

Sampaio, D. (1997). *A cinza do tempo*. Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (2001) *Ninguém morre sozinho*, Lisboa: Editorial Caminho.

Santos, M. R. & Monteiro, M. (1997). *Psicologia*, Vol. 1. Porto: Porto Editora.

Sardica, H. (2007). *Contribuição da Rede de Suporte Social, Auto-Conceito e Auto-Estima para a Adopção de Comportamentos Aditivos nos Adolescentes*. Tese de Licenciatura. Beja: ISPA-Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Schwartz, D. J., Phares, V., Tantleff-Dunn, S., & Thompson, J. K. (1997). *Body Image*, 339-343.

Senos, J. (1996). Atribuição causal, auto-estima e resultados escolares. *Análise Psicológica*, 14, 111-121.

Simões, C., Matos, M., Ferreira, M., & Tomé, G. (2010). *Risco e Resiliência em adolescentes com necessidades educativas especiais: Desenvolvimento de um programa de*

*promoção da resiliência na adolescência. Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (1), 101-119

Sprinthall, N. A., & Collins W. A. (2003). *Psicologia do Adolescente. Uma abordagem desenvolvimentista*, 3ª edição. Lisboa: Gulbenkian. ISBN: 972-31-0634-5

Sousa, A. (2005). *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte

Souza, L., & Hutz, C. (2008). Relacionamentos pessoais e sociais: amizade em adultos. *Psicologia em Estudo*, 13 (2), 257-265.

Steinberg, A. R. & Phares, V.(2001). Family Functioning, Body image, and eating disturbances.In J. K. Thompson & L. Smolak (Eds).*Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth. Assessment, Prevention, and Treatment* (pp. 127-143). Washington DC: American Psychological Association

Stice, E. (2001). Risk factors for eating pathology: recent advances and future directions. In R. H. Striegel- Moore & L. Smolak (Eds.).*Eating disorders- innovative directions in research and practice*. (pp. 51-73).Washington DC: American Psychological Association.

Turnbull, A. ; Summers, J. e Brotherson, M. (1986). *Family Life Cycle*. Baltimor: Paul H. Brookes.

Vayer, P., Roncin, C. (1992). *Integração da criança deficiente na classe*. Lisboa: Instituto Piaget.

Veiga, F. (1989). Escala de autoconceito: adaptação portuguesa do «Piers-Harris Children`s Self-Concept Scale». *Revista de Psicologia*. Departamento de Educação,Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa: Lisboa.

Veiga, F. (2006). Escala de autoconceito: adaptação portuguesa do «Piers-Harris Children`s Self-Concept Scale». *Revista de Psicologia*. Departamento de Educação, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa: Lisboa.

Vieira, F., & Pereira, M. (2007). *Se houvera quem me ensinara*. A Educação de pessoas com Deficiência Mental. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian

Vincent, M. A. & McCabe, M. P. (2000). Gender Differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 205-221.

Yunes, M. (2003) Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, Maringá, (8), 75-84.

<http://www.tu-alinhas.pt/InfantoJuvenil/displayconteudo.do2?numero=18759> consultado a 19 de maio de 2014

[http://www.ufjf.br/renato\\_nunes/files/2013/01/Artigo-final-Transtornos-Alimentares-0803.pdf](http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2013/01/Artigo-final-Transtornos-Alimentares-0803.pdf) consultado a 5 de março de 2014

Enquadramento Normativo:

- Lei n.º 9/89, de 2 de maio.
- Lei 21/2008, de 12 de maio.
- Decreto-Lei nº 3/2008, de 7 de janeiro.

## APÊNDICES

### I – Pedido de Consentimento

Exmo.(a) Senhor(a) Diretor(a) da Escola  
Secundária com 3º Ciclo D. Manuel I

**Helena Maria Salgueiro Silva Lopes Sardica**, Psicóloga Educacional, a frequentar o Curso de Mestrado em Educação Especial – Especialização no domínio Cognitivo e Motor, vem requerer a V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> autorização para aplicação de um questionário (anexo), aos alunos de idade entre os 14 e os 18 anos, que apresentem deficiência mental ligeira a moderada com CEI, na instituição que superiormente dirige.

Elaboramos o questionário sob orientação da Professora Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria, no âmbito da dissertação do referido curso. O estudo a desenvolver visa estudar *“Autoconceito, suporte social e comportamentos de risco em adolescentes com deficiência mental”*.

O preenchimento do referido questionário é voluntário, individual, sendo garantido o anonimato absoluto e a total confidencialidade dos dados, pelo que os questionários são fornecidos em envelope que após preenchimento pode ser fechado. É de salientar que será solicitada previamente, autorização por escrito aos encarregados de educação.

Crente que ao assunto dará a melhor atenção, aguardamos uma resposta de V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>.

Subscrevemo-nos com consideração.

Beja, 19 de Fevereiro de 2014

---

(**Helena Maria Salgueiro Silva Lopes Sardica**)



II – Pedido de Consentimento aos Encarregados de Educação

Caro Encarregado de Educação

***Helena Maria Salgueiro Silva Lopes Sardica***, Psicóloga Educacional, a frequentar o Curso de Mestrado em Educação Especial – Especialização no domínio Cognitivo e Motor, está a realizar um trabalho de investigação, que pretende estudar ***“Autoconceito, suporte social e comportamentos de risco em adolescentes com deficiência mental ligeira moderada”***.

*Venho por este meio solicitar a V<sup>a</sup> Excelência, autorização da participação do seu educando no preenchimento anónimo, de um questionário para o estudo supracitado.*

Autorizo/Não Autorizo (riscar o que não interessa)

Beja, 19 de Fevereiro de 2014

---

***(Helena Maria Salgueiro Silva Lopes Sardica)***

-----  
Caro Encarregado de Educação

***Helena Maria Salgueiro Silva Lopes Sardica***, Psicóloga Educacional, a frequentar o Curso de Mestrado em Educação Especial – Especialização no domínio Cognitivo e Motor, está a realizar um trabalho de investigação, que pretende estudar ***“Autoconceito, suporte social e comportamentos de risco em adolescentes com deficiência mental ligeira a moderada”***.

*Venho por este meio solicitar a V<sup>a</sup> Excelência, autorização da participação do seu educando no preenchimento anónimo, de um questionário para o estudo supracitado.*

Autorizo/Não Autorizo (riscar o que não interessa)

Beja, 19 de Fevereiro de 2014

---

***(Helena Maria Salgueiro Silva Lopes Sardica)***

### III – Grelha do Questionário dos Comportamentos de Risco

OBJTIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIMENSÕES	SUB-DIMENSÕES	QUESTÕES																														
Conhecer de que forma é que o autoconceito e o suporte social influenciam na adoção de comportamentos de risco em adolescentes com deficiência mental	Identificar comportamentos de risco	Consumo de substâncias	-Álcool	<b>De acordo com algumas questões do ESPAD</b> 1. Já alguma vez consumiste alguma das seguintes substâncias? 2. EM TODA A TUA VIDA, em quantas ocasiões consumistes as seguintes substâncias? 3. Que razão/razões te levaram a experimentar essa substância, essa primeira vez? 4. Quantos amigos teus é que tu achas que: (Assinala um X por linha)																														
			-Tabaco																															
			-Cannabis																															
				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Nenhum</th><th>Poucos</th><th>Alguns</th><th>Quase todos</th><th>Todos</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fumar tabaco</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Tomar bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, whiskey, licores, vodka etc.)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Ficam embriagados pelo menos uma vez por semana</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Fumam cannabis (marijuana, erva ou haxixe, ganza)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Nenhum	Poucos	Alguns	Quase todos	Todos	Fumar tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomar bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, whiskey, licores, vodka etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ficam embriagados pelo menos uma vez por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumam cannabis (marijuana, erva ou haxixe, ganza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Nenhum	Poucos	Alguns	Quase todos	Todos																										
			Fumar tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Tomar bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, whiskey, licores, vodka etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Ficam embriagados pelo menos uma vez por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Fumam cannabis (marijuana, erva ou haxixe, ganza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													

			-Informações	<p><b>Questões retiradas da escala de avaliação do comportamento sexual da Tese de Mestrado de Fátima Brás (2012)</b></p> <p>1. Tens conhecimentos/informações sobre sexualidade? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>2. Se sim, obtiveste essa informação onde:</p> <table border="0"> <tr> <td>Pai</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Psicólogos</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mãe</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Professores</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Irmãos mais velhos</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Leitura</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Amigos</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Televisão</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermeiros</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Outros</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Médicos</td><td><input type="checkbox"/></td> <td></td><td>Qual? _____</td> </tr> </table> <p>3 – Escolhe uma palavra ou expressão que para ti define sexualidade?</p> <table border="0"> <tr> <td>Atração física</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Envolvimento sentimental</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Relação sexual</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Amor/Paixão</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Prazer</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Outra</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td><td></td> <td></td><td>Qual? _____</td> </tr> </table> <p>4 – Já iniciaste a tua vida sexual? (Relações sexuais) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>5 – Se sim, iniciaste a tua atividade sexual...</p> <p>a) Num flirt (encontro ocasional) <input type="checkbox"/></p> <p>b) No namoro <input type="checkbox"/></p> <p>6 – Quando tens relações sexuais, utilizas algum método contraceutivo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>7 – Se sim, qual o método contraceutivo?</p> <p>a) Preservativo <input type="checkbox"/></p> <p>b) Pílula <input type="checkbox"/></p> <p>c) Diafragma intrauterino <input type="checkbox"/></p> <p>d) Espermicidas <input type="checkbox"/></p> <p>e) Preservativo e Pílula <input type="checkbox"/></p> <p>f) Pílula do dia seguinte <input type="checkbox"/></p> <p>g) Outro <input type="checkbox"/></p> <p>Qual? _____</p>	Pai	<input type="checkbox"/>	Psicólogos	<input type="checkbox"/>	Mãe	<input type="checkbox"/>	Professores	<input type="checkbox"/>	Irmãos mais velhos	<input type="checkbox"/>	Leitura	<input type="checkbox"/>	Amigos	<input type="checkbox"/>	Televisão	<input type="checkbox"/>	Enfermeiros	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>	Médicos	<input type="checkbox"/>		Qual? _____	Atração física	<input type="checkbox"/>	Envolvimento sentimental	<input type="checkbox"/>	Relação sexual	<input type="checkbox"/>	Amor/Paixão	<input type="checkbox"/>	Prazer	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>				Qual? _____
Pai	<input type="checkbox"/>	Psicólogos	<input type="checkbox"/>																																									
Mãe	<input type="checkbox"/>	Professores	<input type="checkbox"/>																																									
Irmãos mais velhos	<input type="checkbox"/>	Leitura	<input type="checkbox"/>																																									
Amigos	<input type="checkbox"/>	Televisão	<input type="checkbox"/>																																									
Enfermeiros	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>																																									
Médicos	<input type="checkbox"/>		Qual? _____																																									
Atração física	<input type="checkbox"/>	Envolvimento sentimental	<input type="checkbox"/>																																									
Relação sexual	<input type="checkbox"/>	Amor/Paixão	<input type="checkbox"/>																																									
Prazer	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>																																									
			Qual? _____																																									
		Alimentação	<p>-Dieta</p> <p>-Bulimia e preocupação com a comida</p> <p>-Controlo oral</p>	<p><b>EAT-26 (Versão portuguesa de Tapadinhas, 2011)</b></p>																																								

## IV – Questionários



Os seguintes instrumentos de recolha de dados destinam-se à realização de uma Tese de Mestrado em Educação Especial – Especialização do domínio cognitivo e motor, que pretende avaliar a contribuição de alguns fatores psicológicos nos comportamentos de risco de adolescentes.

A sua colaboração para este estudo é indispensável, pelo que solicitamos que responda a todas as questões com a máxima sinceridade.

Garantimos a total confidencialidade dos dados obtidos e agradecemos desde já a colaboração prestada.

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Em que ano estás matriculado? \_\_\_\_\_

Já reprovaste alguma vez? Não \_\_\_\_\_

Sim \_\_\_\_\_ Quantas vezes? \_\_\_\_\_ Em que ano ou anos? \_\_\_\_\_

Porquê? \_\_\_\_\_

Com quem vives? \_\_\_\_\_

Qual é a profissão dos teus pais?:

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Que profissão gostarias de vir a ter? \_\_\_\_\_

Que profissão achas que consegues vir a ter? \_\_\_\_\_

Estás a tomar alguma medicação? Não

**ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS - RIBEIRO, 1999)**

A seguir vai encontrar várias afirmações seguidas de cinco letras, marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar, por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra **A**, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4. Quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8. Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.e. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

## **ESCALA DE AUTO-CONCEITO**

(Piers-HarrisChildren'sSelf-ConceptScale 2 adaptada por Veiga, 2006)

INSTRUÇÕES: Encontra-se no questionário que se segue, um conjunto de afirmações que descreve aquilo que algumas pessoas sentem em relação a si mesmas. Lê cada uma dessas afirmações e vê se ela descreve ou não o que tu achas de ti próprio. Se for verdadeiro ou verdadeiro em grande parte põe um círculo em volta da palavra "Sim", que está a seguir à frase. Se for falso ou falso em grande parte põe um círculo em volta da palavra "Não". Responde a todas as perguntas, mesmo que em relação a algumas, seja difícil de decidir.

Não assinales "Sim" e "Não" na mesma frase.

Lembra-te de que não há respostas certas ou erradas. Só tu nos podes dizer o que é que achas de ti mesmo(a), por isso esperamos que respostas de acordo com o que realmente sentes.

1	Os meus colegas de turma troçam de mim	SIM	NÃO
2	Sou uma pessoa feliz.	SIM	NÃO
3	Tenho dificuldades em fazer amizades.	SIM	NÃO
4	Estou triste muitas vezes.	SIM	NÃO
5	Sou uma pessoa esperta.	SIM	NÃO
6	Sou uma pessoa tímida.	SIM	NÃO
7	Fico nervoso(a) quando o Professor me faz perguntas.	SIM	NÃO
8	A minha aparência física desagrada-me.	SIM	NÃO
9	Sou um chefe nas brincadeiras e no desporto.	SIM	NÃO
10	Fico preocupado(a) quando temos testes na escola.	SIM	NÃO
11	Sou impopular.	SIM	NÃO
12	Porto-me bem na escola.	SIM	NÃO
13	Quando qualquer coisa corre mal, a culpa é geralmente minha.	SIM	NÃO
14	Crio problemas à minha família.	SIM	NÃO
15	Sou forte.	SIM	NÃO
16	Sou um membro importante da minha família.	SIM	NÃO
17	Desisto facilmente.	SIM	NÃO
18	Faço bem os meus trabalhos escolares.	SIM	NÃO
19	Faço muitas coisas más.	SIM	NÃO
20	Porto-me mal em casa.	SIM	NÃO
21	Sou lento(a) a terminar, trabalhos escolares.	SIM	NÃO
22	Sou um membro importante da minha turma.	SIM	NÃO
23	Sou nervoso(a).	SIM	NÃO
24	Sou capaz de dar uma boa impressão perante a turma.	SIM	NÃO
25	Na escola estou distraído(a) a pensar noutras coisas.	SIM	NÃO

26	Os meus amigos gostam das minhas ideias.	SIM	NÃO
27	Meto-me frequentemente em sarilhos.	SIM	NÃO
28	Tenho sorte.	SIM	NÃO
29	Preocupo-me muito.	SIM	NÃO
30	Os meus pais esperam demasiado de mim.	SIM	NÃO
31	Gosto de ser como sou.	SIM	NÃO
32	Sinto-me posto de parte.	SIM	NÃO
33	Tenho o cabelo bonito.	SIM	NÃO
34	Na escola, ofereço-me várias vezes como voluntário(a).	SIM	NÃO
35	Gostava de ser diferente daquilo que sou.	SIM	NÃO
36	Odeio a escola.	SIM	NÃO
37	Sou dos últimos a ser escolhido(a) para jogos e desportos.	SIM	NÃO
38	Muitas vezes sou antipático(a) com as outras pessoas.	SIM	NÃO
39	Os meus colegas da escola acham que tenho boas ideias.	SIM	NÃO
40	Sou infeliz.	SIM	NÃO
41	Tenho muitos amigos.	SIM	NÃO
42	Sou alegre.	SIM	NÃO
43	Sou estúpido(a) em relação a muitas coisas.	SIM	NÃO
44	Sou bonito(a). (Tenho bom aspeto)	SIM	NÃO
45	Meto-me em muitas brigas.	SIM	NÃO
46	Sou popular entre os rapazes.	SIM	NÃO
47	As pessoas implicam comigo.	SIM	NÃO
48	A minha família está desapontada comigo.	SIM	NÃO
49	Tenho uma cara agradável.	SIM	NÃO
50	Quando for maior, vou ser uma pessoa importante.	SIM	NÃO
51	Nas brincadeiras e nos desportos, observo em vez de, participar.	SIM	NÃO
52	Esqueço o que aprendo.	SIM	NÃO
53	Dou-me bem com os outros.	SIM	NÃO
54	Sou popular entre as raparigas.	SIM	NÃO
55	Sou bom leitor(gosto de ler).	SIM	NÃO
56	Tenho medo muitas vezes.	SIM	NÃO
57	Sou diferente das outras pessoas.	SIM	NÃO
58	Penso em coisas más.	SIM	NÃO
59	Choro facilmente.	SIM	NÃO
60	Sou uma boa pessoa.	SIM	NÃO

**QUESTIONÁRIO SOBRE COMPORTAMENTOS DE CONSUMO,  
SEXUALIDADE E ALIMENTAÇÃO EM JOVENS**

**1 – CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS**

**ESPAD**

(Adaptado de TheEuropeanSchoolSurvey Project onAlcoholandOtherDrugs – Feijão, 2003)

**De seguida são apresentadas alguns comportamentos sobre consumos como o álcool ou outras drogas. Assinala com uma X a situação que mais está de acordo com os teus comportamentos habituais.**

1. Já alguma vez consumiste alguma das seguintes substâncias?

(Assinalar com um X por linha)

	Não	Sim, nos últimos 30 Dias	Sim, nos últimos 12 Meses	Sim, ao Longo da Vida
1.1. Beber cerveja (pelo menos um copo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. Beber vinho (pelo menos um copo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Ficar embriagado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Fumar o primeiro cigarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Fumar tabaco diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Cannabis (marijuana, erva ou haxixe, chamon, charro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. EM TODA A TUA VIDA, em quantas ocasiões consumistes as seguintes substâncias?

(Assinala com um X por linha)

	NÚMERO DE OCASIÕES						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
2.1 Beber cerveja (pelo menos um copo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Beber vinho (pelo menos um copo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Tomar bebidas destiladas (shots, vodka, wiskey, gin etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Ficar embriagado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Fumar o primeiro cigarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Fumar tabaco diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 Cannabis (marijuana, erva ou haxixe, chamon, charro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3. **NOS ÚLTIMOS SEIS MESES DA TUA VIDA**, em quantas ocasiões consumistes as seguintes substâncias?

(Assinala com um X por linha)

	NÚMERO DE OCASIÕES						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
3.1 Beber cerveja (pelo menos um copo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Beber vinho (pelo menos um copo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Tomar bebidas destiladas (shots, vodka, wiskey, gin etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Ficar embriagado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Fumar o primeiro cigarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 Fumar tabaco diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Cannabis (marijuana, erva ou haxixe, chamon, charro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Que razão/razões te levaram a experimentar essa substância, essa primeira vez?

(Assinalar um X em TODAS as que se aplicam ao teu caso)

- ☐ Nunca usei as substâncias referidas
- ☐ Queria ficar numa boa
- ☐ Para não ficar fora do meu grupo
- ☐ Não tinha nada para fazer
- ☐ Estava curioso
- ☐ Queria esquecer os meus problemas

Não me lembro

☐ Outra.

☐ Qual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Quantos amigos teus é que tu achas que têm os seguintes comportamentos:  
(Assinala um X por linha)

	Nenhum	Poucos	Alguns	Quase todos	Todos
Fumar tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, whiskey, licores, vodka etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nenhum	Poucos	Alguns	Quase todos	Todos
Ficam embriagados pelo menos uma vez por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumam cannabis (marijuana, erva ou haxixe, ganza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2- SEXUALIDADE

**Escala avaliação do comportamento sexual (Adaptação de Brás, M. 2008; Brás, F. 2012)**

De seguida são apresentadas algumas questões sobre Sexualidade. Assinala com uma X a situação que mais está de acordo contigo.

1- Tens conhecimentos/informações sobre sexualidade? Sim ☐ Não ☐

2- Se sim, obtiveste essa informação onde:

Pai	<input type="checkbox"/>	Psicólogos	<input type="checkbox"/>
Mãe	<input type="checkbox"/>	Professores	<input type="checkbox"/>
Irmãos mais velhos	<input type="checkbox"/>	Leitura	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	Televisão	<input type="checkbox"/>
Enfermeiros	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>
Médicos	<input type="checkbox"/>	Qual?	_____

3 – Escolhe uma palavra ou expressão que para ti mais define sexualidade?

Atração física	<input type="checkbox"/>	Envolvimento sentimental	<input type="checkbox"/>
Relação sexual	<input type="checkbox"/>	Amor/Paixão	<input type="checkbox"/>
Prazer	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>
Qual? _____			

4 – Já iniciaste a tua vida sexual? (Relações sexuais) Sim ☐ Não ☐

5 – Se sim, iniciaste a tua atividade sexual...

c) Num *flirt* (encontro ocasional) ☐

d) No namoro ☐

e) Outra. ☐

Qual? \_\_\_\_\_

6 – Quando tens relações sexuais, utilizas algum método contraceutivo? Sim ☐

Não ☐

Porquê? \_\_\_\_\_

---

---

7 – Se sim, qual o método contraceutivo?

h) Preservativo ☐

i) Pílula ☐

j) Diafragma intrauterino ☐

k) Espermicidas ☐

l) Preservativo e Pílula ☐

m) Pilula do dia seguinte ☐

n) Outro ☐

Qual? \_\_\_\_\_

### 3- ALIMENTAÇÃO

#### EAT-26 (Versão portuguesa de Tapadinhas, 2011)

Seguem-se um conjunto de afirmações sobre o comportamento alimentar. Expressa a tua forma de atuar de acordo com a escala de (1) *sempre* a (6) *nunca* e assinala com uma X a que melhor se adequa.

	Sempre	Habitual-mente	Muitas vezes	Algumas vezes	Rara-mente	Nunca
	1	2	3	4	5	6
1.Fico apavorado(a) com o excesso de peso						
2.Evito comer quando estou com fome						
3.Acho-me uma pessoa preocupada com a comida						
4.Tive alturas de ingestão compulsiva, em que senti, que não era capaz de parar						
5.Corto a minha comida em pequenos pedaços						
6.Controlo as calorias dos alimentos que como						
7.Evito particularmente alimentos com elevado teor em hidratos de carbono (pão, arroz batata e massas)						
8.Sinto que os outros preferiam que eu comesse mais						
9.Vomito depois de comer						
10.Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer						
11.Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a)						
12.Penso em queimar calorias quando faço exercício						
13.Os outros pensam que estou demasiado magro(a)						
14.Preocupa-me a ideia de ter gordura no meu corpo						
15.Levo mais tempo que os outros a comer as minhas refeições						
16.Evito alimentos que tenham açúcar						
17.Como alimentos dietéticos						
18.Sinto que a comida controla a minha vida						
19.Mostro autocontrolo em relação à comida						
20.Sinto que os outros me pressionam a comer						
21.Passo demasiado tempo a pensar em comida						
22.Sinto-me indisposto(a) depois de comer doces						
23.Ocupo-me com comportamentos dietéticos						
24.Gosto do meu estômago vazio						
25. Desejo vomitar depois das refeições						
26.Gosto de experimentar comidas novas e saborosas						

Obrigada pela tua colaboração



## V – Matrizes de Dados Brutos

Apêndice Quadro 1.- Matriz de dados brutos: Caracterização dos Sujeitos

Sujeito	Idade	Sexo	ano_matrícula	reprovação	Quantas_repetições	comquemvive	medicação	Paraquê
1	17	2	11	2	2	1	1	1
2	17	2	10	2	3	2	1	1
3	16	2	10	2	2	2	1	1
4	17	2	10	2	2	2	1	1
5	17	2	11	2	2	1	1	1
6	18	1	12	1	1	4	1	1
7	12	2	7	1	1	2	2	PDHA
8	17	2	12	1	1	4	1	1
9	17	1	11	2	2	4	1	1
10	22	1	12	2	5	1	2	Epilesia
11	18	1	10	2	3	1	1	1
12	18	2	12	2	2	2	1	1
13	16	2	10	2	2	1	1	1
14	16	1	10	2	2	1	1	1
15	18	2	12	2	2	1	1	1
16	17	2	12	1	1	2	2	Perturbação Bipolar
17	20	1	11	2	4	1	1	1
19	16	1	10	2	2	2	2	Tiróide
20	17	1	1	2	2	1	1	1
21	15	2	8	2	2	4	2	1

Fonte: Questionário Helena Sardica 2014

## Apêndices

Apêndice Quadro 2.- Matriz de dados brutos: Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS (Ribeiro, 1999)

sujeito	esss1a	esss2a	esss3a	esss4a	esss5a	esss6a	esss7a	esss8a	esss9a	esss10a	esss11a	esss12a	esss13a	esss14a	esss15a
1	1	5	1	1	1	3	5	5	1	1	1	1	1	1	1
2	4	3	3	2	3	3	3	5	3	2	3	2	3	2	1
3	4	3	3	2	2	3	3	4	1	2	2	2	2	2	2
4	4	4	4	3	2	4	5	4	1	1	1	2	1	1	2
5	1	1	1	1	1	1	1	5	1	5	1	1	1	1	1
6	5	4	5	1	1	4	4	4	1	1	1	1	1	1	1
7	1	4	5	5	2	5	5	5	2	1	1	5	5	2	5
8	5	4	4	1	1	4	5	5	2	1	2	1	2	1	1
9	1	5	4	1	1	5	4	4	1	1	1	1	1	1	1
10	5	4	5	1	1	5	5	5	2	2	2	1	1	1	1
11	4	5	5	2	2	5	3	4	1	1	2	1	2	3	1
12	4	5	3	4	2	5	5	3	1	1	1	2	1	1	2
13	5	5	5	2	1	5	1	4	1	1	3	1	1	2	1
14	5	5	5	2	1	5	2	5	3	3	2	1	1	1	1
15	2	2	2	3	4	1	3	2	3	1	1	2	3	2	2
16	2	4	1	3	1	5	3	3	3	1	1	1	1	1	1
17	1	5	2	3	5	5	4	5	4	2	5	3	5	3	2
19	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
20	3	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	3	1	1	5
21	1	1	1	2	1	5	5	1	1	1	5	1	1	1	1

Fonte: Questionário Helena Sardica 2014

(Piers e Hertzberg, 2002)

[illegible]

123



Apêndice Quadro 4.- Matriz de dados brutos: adaptação do ESPAD – *European School Survey on Alcohol and Other Drugs* (CAN, 1995-2011)

[illegible]

Fonte: Questionário Helena Sardica 2014

## Apêndices

Apêndice Quadro 5.- Matriz de dados brutos: adaptação da Escala avaliação do comportamento sexual (Adaptação de Brás, M. 2008; Brás, F. 2012)

sujeito	CS_1_2_1	CS_2_2	CS_2_3	CS_2_4	CS_2_5	CS_2_6	CS_2_7	CS_2_8	CS_2_9	CS_2_10	CS_2_11	CS_3_1	CS_3_2	CS_3_3	CS_3_4	CS_3_5	CS_3_6	CS_4	CS_5_1	CS_5_2	CS_5_3	CS_6	CS_6_PQ	CS_7_1	CS_7_2	CS_7_3	CS_7_4	CS_7_5	CS_7_6	CS_7_7
1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1
3	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1
5	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1
7	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
9	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	3	2	2	1	1	1	1	1
10	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	1	1	1	1
11	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1
12	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1
13	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Fonte: Questionário Helena Sardica 2014

## Apêndices

Apêndice Quadro 6.- Matriz de dados brutos: adaptação da Escala avaliação do comportamento alimentarEAT-26

(Versão portuguesa de Tapadinhas, 2011)

suj.	EAT_1	EAT_2	EAT_3	EAT_4	EAT_5	EAT_6	EAT_7	EAT_8	EAT_9	EAT_10	EAT_11	EAT_12	EAT_13	EAT_14	EAT_15	EAT_16	EAT_17	EAT_18	EAT_19	EAT_20	EAT_21	EAT_22	EAT_23	EAT_24	EAT_25	EAT_26	
1	6	6	6	6	6	2	6	1	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	1	6	2	6	6	6	6	6	1
2	4	5	6	6	4	5	3	4	6	3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
3	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
4	6	5	3	6	3	3	3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	3	6	6	6	6	3
5	6	6	5	6	6	5	5	6	6	6	5	3	6	5	6	6	5	6	6	6	6	6	6	5	5	6	5
6	1	3	6	5	6	1	1	6	6	6	1	1	1	1	6	3	3	6	6	3	6	6	6	1	6	6	1
7	1	6	1	1	6	6	1	6	6	1	1	1	6	1	6	6	6	6	1	1	6	6	6	6	6	6	1
8	1	1	3	3	4	4	5	2	6	5	2	5	1	2	1	4	5	4	4	4	2	1	6	5	5	6	1
9	1	1	4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
10	1	1	6	6	1	6	1	3	3	6	1	1	1	1	6	1	1	1	1	1	1	6	6	1	6	6	1
11	5	6	6	6	5	4	5	6	6	6	6	6	6	5	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5
12	1	1	5	6	6	3	3	3	6	4	1	6	1	1	3	1	1	1	1	1	1	6	1	5	6	6	1
13	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	1	
14	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	1	
15	6	6	6	6	6	5	4	6	6	6	4	1	6	4	6	5	6	6	6	1	1	6	6	5	6	6	1
16	4	6	5	5	4	2	2	6	6	6	4	1	6	3	4	5	4	4	4	2	6	6	4	4	6	6	1
17	5	1	4	4	1	5	6	1	6	2	2	4	1	2	2	4	5	1	4	1	4	1	4	5	1	6	1
19	6	6	6	6	6	6	6	1	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	1
20	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	4	6	6	1	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	4
21	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	1

Fonte: Questionário Helena Sardica 2014